

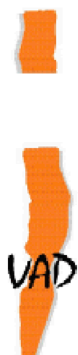
DRUGVERSLAAFDE OUDERS MET JONGE KINDEREN

Draaiboek voor opvoedingsondersteuning bij drugverslaafde ouders in een ambulante setting

Lin de Bruijn (CAD Limburg)
Dave Smits (CAD Limburg)

2002

In opdracht van:





Vlaamse Gemeenschap

Inhoudsopgave

VOORWOORD
INLEIDING

HOOFDSTUK I: OPVOEDINGSONDERSTEUNING EN DRUGVERSLAAFDE OUDERS 9

1. OPVOEDINGSONDERSTEUNING 10
1.1. DEFINITIE 10
1.2. FUNCTIES 10
1.3. ACTIVITEITEN EN WERKVORMEN 12
2. EEN PROFIEL VAN DRUGVERSLAAFDE OUDERS EN HUN KINDEREN 13
2.1. GEVOLGEN BIJ KINDEREN VAN DRUGVERSLAAFDE OUDERS 13
2.2. BESCHERMENDE EN RISICOFACTOREN 14
2.2.1. BIJ HET KIND 14
2.2.2. BIJ DE OUDERS 14
2.2.2.1. RISICOFACTOREN 14
2.2.2.2. BESCHERMENDE FACTOREN 15
3. OPVOEDINGSONDERSTEUNING EN DRUGVERSLAAFDE OUDERS 16
3.1. ALGEMENE OPVOEDINGSONDERSTEUNENDE INITIATIEVEN 16
3.2. NOOD AAN OPVOEDINGSONDERSTEUNING BIJ DRUGVERSLAAFDE OUDERS 17
3.3. CRITERIA VOOR OPVOEDINGSONDERSTEUNING IN EEN AMBULANTE SETTING BIJ DRUGVERSLAAFDE OUDERS 18
3.3.1. LAAGDREMPELIG 18
3.3.2. INSPRAAK 19
3.3.3. VEILIGHEID 19
3.3.4. INHOUD 20

HOOFDSTUK II: DE VOORBEREIDING 23

1. EEN GECOÖRDINEERD ZORGAANBOD 24
1.1. POSITIEBEPALING IN HET ZORGLANDSCHAP EN NETWERKVORMING 25
1.2. SAMENWERKINGSAFSPRAKEN 27
1.2.1. BELANG VAN DE OUDER EN BELANG VAN HET KIND 28
1.2.2. DOORGEVEN VAN CLIËNTGEBONDEN INFORMATIE 29
1.3. DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING OVER DRUGVERSLAAFDE OUDERS 30
2. DE UITBOUW VAN EEN PEDAGOGISCH AANBOD BINNEN DE EIGEN SETTING 30
2.1. BELEIDSGROEP 30
2.2. TEAMWERKING 31
2.2.1. VISIEONTWIKKELING 31
2.2.2. INTERVISIE, SUPERVISIE EN CLIËNTBESPREKING 33
2.2.3. VORMING 33

HOOFDSTUK III: DE PRAKTIJK 37

1. HET THEMA OPVOEDING ACTUEEL MAKEN 38
2. GEZINSGERICHTE PEDAGOGISCHE ONDERSTEUNING 39
2.1. SPONTANE VRAGEN 39
2.2. EEN ACTIEF AANBOD 40
2.2.1 HET GEZINSGERICHT PEDAGOGISCH AANBOD OF HET INTERN TRAJECT OPVOEDINGSONDERSTEUNING 41

2.2.2. INFORMATIE VERZAMELEN 42
2.2.3 ANALYSE VAN DE GEZINSSITUATIE EN DE OPVOEDING 44
Factoren verbonden aan het gezin 44
Het opvoeden 50
2.2.4 DE HANDELINGSPLANNING EN HET HANDELINGSPLAN 57
Het bepalen van doelstellingen 57
Structuur van een handelingsplan (Broos & Groenewegen, 1993): 59
2.2.5. Uitvoering en bijsturing 62
2.2.6. Doorverwijzen en opvolgen 64
3. GROEPSAANBOD 64
3.1. OUDERCURSUSSEN 65
3.2 OUDERGESPREKSGROEPEN 66
3.2.1. HET MOTIVEREN VAN CLIËNTEN 66
3.2.2. BEGELEIDING 67
3.2.3. LAAGDREMPELIG 67
3.2.4. STRUCTUUR VAN EEN SESSIE 67
3.2.5. VOORBEELD VAN EEN SESSIE 69
3.3. ANDERE GROEPSACTIVITEITEN 70
HOOFDSTUK IV: EVALUATIE **75**
1. EFFECTEVALUATIE 76
2. PROCESEVALUATIE 77
2.1. BIJ HULPVERLENERS 77
2.2. BIJ CLIËNTEN 77
2.3. OBJECTIEVE INFORMATIEBRONNEN 77
BIJLAGE 1 SAMENWERKINGSPROTOCOL 83
BIJLAGE 2 HET LEUVENS ANALYTISCH SCHEMA VOOR PEDAGOGISCHE SPELOBSERVATIE 85
BIJLAGE 3 GEZINSANAMNESELIJST VOOR VERSLAAFDE OUDER EN KIND 91
BIJLAGE 4 CURSUSSEN VOOR INTERMEDIAIREN 97
BIJLAGE 5 EVALUATIEVRAGENLIJST VOOR VERSLAAFDE OUDER EN KIND 101

LITERATUURLIJST

VOORWOORD

Convenantwerking
In de periode 1999-2001 ontwikkelde VAD op basis van een convenant met de Vlaamse overheid, een aantal concepten en methodieken, waarbij zowel theorievorming als de ontwikkeling van nieuwe modellen voor nieuwe doelgroepen aan bod kwamen. Op die manier kon worden ingespeeld op een aantal maatschappelijke ontwikkelingen.

Druggebruikers met jonge kinderen
Bij de operationalisering van deze nieuwe concepten werd vanuit de sector zelf, geïnspireerd door een project met kinderen van alcoholisten, het voorstel gelanceerd om een project te ontwikkelen naar druggebruikers met jonge kinderen. Bedoeling was om de kennis terzake te bundelen en bruikbare werkvormen te ontwikkelen om de doelgroep 'druggebruikers met jonge kinderen' te ondersteunen.
De concept- en methodiekontwikkeling naar deze doelgroep werd opgesplitst in 2 fasen: in een eerste fase werd een vooronderzoek uitgeschreven met een literatuurstudie en een verkenning van bestaande initiatieven en werkvormen in het hulpverleningsproces. Het rapport van dit vooronderzoek, dat door De Kiem werd gerealiseerd, is beschikbaar op VAD.

Op basis van de resultaten van de voorstudie werd in een tweede fase een pilootproject uitgeschreven, waarin de ontwikkeling en toepassing van één of meerdere werkvormen werden beoogd. Bij de beoordeling van de projecten werd gekozen om twee pilootprojecten in een verschillende setting uit te werken, met name in een residentiële en in een ambulante werkvorm.

Het MSOC van Genk binnen de CAD Limburg zorgde voor de invulling van een werkvorm om met ouders met jonge kinderen in een ambulante setting te werken. De Kiem werkte een residentieel programma uit.

In voorliggend draaiboek wordt de implementatie van opvoedingsondersteunende methodieken in een ambulante setting voor drugverslaafde ouders met jonge kinderen beschreven. Er wordt ruim stil gestaan bij visieontwikkeling en de voorbereiding van een pedagogisch aanbod binnen een ambulante setting.
We hopen dat dit draaiboek inspirerend zal zijn voor andere hulpverleners en handvaten kan aanreiken om in de praktijk met deze doelgroep te gaan werken.

Marijs Geirnaert
directeur VAD

Inleiding

De laatste jaren is er een sterke toename van en groeiende belangstelling voor opvoedingsondersteunende initiatieven. Aanvankelijk richtten deze initiatieven zich tot ‘alle’ ouders. Algemene benaderingen, die weinig rekening hielden met eigenheden van specifieke doelgroepen slaagden er echter niet in ‘alle’ ouders te bereiken. Zo stelde men vast dat drugverslaafde ouders niet of maar zelden deelnamen aan bestaande initiatieven. Om deze reden schreef de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) in het najaar van 2000 een vooronderzoek uit rond opvoedingsondersteuning voor drugverslaafde ouders met jonge kinderen (Derluyn et al., 2000). Dit vooronderzoek werd uitgevoerd door vzw De Kiem, in samenwerking met het Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Druggebruikers (MSOC) te Gent en de Vakgroep Orthopedagogiek van de universiteit Gent. In deze voorstudie werden bestaande modellen en opvoedingsondersteunende methodieken die gebruikt worden in de hulpverlening en ondersteuning naar drugverslaafde ouders en hun kinderen, in kaart gebracht.

Uit dit vooronderzoek groeide ook het huidige project. Dit project - eveneens uitgeschreven door de VAD - bestaat uit een residentieel en een ambulant luik. Het ambulante luik van het project werd toegewezen aan het Medisch Sociaal Opvangcentrum Limburg. Dit project had tot doel concepten en methodieken voor pedagogische ondersteuning naar drugverslaafde ouders in een ambulante setting te ontwikkelen. Het eindresultaat van dit project ligt vervat in voorliggend draaiboek. Dit draaiboek wil andere ambulante diensten die werken met drugverslaafde ouders, handvatten aanreiken om bestaande hulpverleningsprogramma's uit te breiden met meer op maat gesneden opvoedingsondersteunende initiatieven.

Het MSOC bestaat sedert 1997 en profileert zich als een laagdrempelige hulpverleningsinstantie voor verslaafden aan illegale drugs. Binnen de teamwerking werd reeds geruime tijd de nood ervaren om ook rond de vaak problematische opvoedingssituatie van de cliënten een aanbod uit te werken. Dit project bood de unieke gelegenheid om een initiatief te ontwikkelen. Op basis daarvan werkten we onderhavig draaiboek uit.

Het draaiboek bestaat uit vier hoofdstukken.

In een eerste hoofdstuk, met als titel ‘Opvoedingsondersteuning en drugverslaafde ouders’ formuleren we, aan de hand van een beschrijving van de drugverslaafde ouders en hun jonge kinderen, enkele criteria waaraan opvoedingsondersteunende initiatieven naar deze gezinnen moeten voldoen. De eigenheid van deze doelgroep, de complexiteit van de problematiek en de vaak problematische relatie die zij met hulpverleningsinstanties onderhouden zijn hierbij belangrijke uitgangspunten. Aan het einde van dit eerste hoofdstuk formuleren we enkele werkpunten waarop verdere opvoedingsondersteunende initiatieven zich dienen te focussen. Deze werkpunten vloeien voort uit een analyse van de beschermende en de risicofactoren in de opvoedingssituatie binnen deze gezinnen.

In een tweede hoofdstuk, 'De voorbereiding' staan we uitgebreid stil bij de verschillende aspecten waarmee een ambulante dienst rekening dient te houden. Als ambulante dienst is netwerkvorming en samenwerking essentieel. Enkele aspecten uit dit gebeuren worden beschreven. Daarenboven is het komen tot een eenduidige, positieve visie op deze gezinnen zeer belangrijk in het scheppen van een veilig en duidelijk kader. Een model voor visieontwikkeling wordt besproken. Naast visie is er ook de nodige kennis en expertise vereist, zowel op het vlak van drugproblematiek, als op vlak van pedagogische thema’s. Het aanbieden van een vormingsaanbod is aangewezen.

In een derde hoofdstuk, 'De praktijk', lichten we de praktische aspecten van opvoedings-ondersteuning naar deze gezinnen toe. Hoe doe je nu opvoedingsondersteuning naar

drugverslaafden? Wat maakt dat dit anders is dan bij andere ouders? Welke aanpassingen van bestaande methodieken kun je overwegen om nauwer aan te sluiten bij de eigenheid van de doelgroep?… Op al deze vragen worden mogelijke antwoorden geformuleerd. Dit hoofdstuk valt op te delen in twee grote delen. In een eerste deel reiken we een conceptueel kader aan waarbinnen een opvoedingsondersteunend aanbod op maat van deze ouders uitgewerkt kan worden. Kernachtig komt dit conceptueel kader erop neer dat op basis van een grondige en ruime analyse van de gezinssituatie concrete doelstellingen worden geformuleerd. Casegebonden overleg, waarbij alle betrokken hulpverleners (multi-disciplinair en multi-sectorieel), moet hierin de nodige duidelijkheid scheppen. Een op elkaar afgestemde, duidelijke aanpak met gepaste evaluatiemomenten zorgt voor een optimalisering van gedane inspanningen. In een tweede deel van dit hoofdstuk staan we uitgebreid stil bij de verschillende opvoedingsondersteunende methodieken die gehanteerd kunnen worden. Vertrekkend vanuit de eigenheid van de doelgroep presenteren we enkele aanbevelingen om de bestaande 'traditionele' methodieken aan te passen. Flexibiliteit, creativiteit en moed om buiten deze bestaande methodieken te treden hebben een nauwere aansluiting bij deze doelgroep tot gevolg. Enkele voorbeelden worden uitgewerkt.

In een laatste hoofdstuk wordt een aantal elementen ter evaluatie van een opvoedings-ondersteunend aanbod besproken.

Aan het einde van deze inleiding willen we nog enkele woorden van dank uitspreken. Vooreerst willen we de ouders, kinderen en teamleden van het MSOC-Limburg bedanken voor hun zinvolle bijdrage aan dit project. Bijzondere dank gaat ook uit naar Gie Ciesecoms van de dienst Thuisbegeleiding Sporen te Lovenjoel, die met zijn deskundigheid en ervaring het project superviseerde. Ook de leden van de stuurgroep van het project willen we bijzonder danken voor hun bijdrage en feedback. Met name Marcel Vanhex en Lou Vincken (MSOC - Limburg), Geert Verstuyf en Marijs Geirnaert (VAD).

Hasselt, 22 maart '02

Lin de Bruijn
Dave Smits

Hoofdstuk 1: Opvoedingsondersteuning en drugverslaafde ouders

Hoofdstuk I: Opvoedingsondersteuning en drugverslaafde ouders

1. Opvoedingsondersteuning

Met het oog op preventie van opvoedings- en gedragsproblemen wordt er de laatste tijd veel verwacht van opvoedingsondersteuning. In dit deel gaan we na wat de term opvoedingsondersteuning inhoudt, welke de functies van opvoedingsondersteuning zijn en welke activiteiten en werkvormen hiervoor kunnen worden gebruikt.

1.1. Definitie

Zowel in de wetenschappelijke pedagogische literatuur als in de praktijk wordt de term opvoedingsondersteuning in verschillende betekenissen gebruikt.Opvoedingsondersteuning' is een koepelbegrip voor allerhande activiteiten die het opvoedingsproces in een gezin ondersteunen en de opvoedingssituatie van kinderen verbeteren. De uiteindelijke doelstelling is steeds de ontwikkeling van kinderen en jongeren te optimaliseren.

Vandemeulebroecke & Colpin (2001) geven volgende definitie:

> "Met opvoedingsondersteuning duiden we tegenwoordig het geheel van (beleids)maatregelen, voorzieningen en activiteiten aan, die erop gericht zijn de mogelijkheden van primaire opvoedingsmilieus aan te spreken, te verrijken of te optimaliseren, teneinde aan jongeren optimale opvoedings- en ontwikkelingskansen te bieden."

1.2. Functies

Vertrekkend vanuit de aard van de opvoedingsvraag of het opvoedingsprobleem kan opvoedingsondersteuning drie functies hebben (Vandemeulebroecke & Colpin, 2001).

- Als ouders of opvoeders geen problemen of spanningen ervaren, functioneert de opvoeding als een zichzelf sturend proces. Het is mogelijk dat ouders een aantal vragen bij de opvoeding hebben, maar die zijn ingegeven door de wil zo goed mogelijk op te voeden. **Opvoedingsondersteuning vervult binnen deze situatie de functie van het aanspreken en verrijken van het opvoedingsmilieu.**

- Als de opvoeding onder druk komt te staan, dreigt de opvoeding als zichzelf sturend proces, uit evenwicht te raken. Dit kan gebeuren onder druk van factoren bij de ouder, bij het kind of in de context. **Hier is opvoedingsondersteuning gericht op het bewaren en opnieuw in evenwicht brengen van beschermende en risicofactoren**.

- In situaties waar er sprake is van een opvoedingscrisis of een problematische opvoedingssituatie (POS) is **opvoedingsondersteuning gericht op het onthaal, de doorverwijzing en oriëntering naar orthopedagogische hulpverlening.** "Onthaal" betekent "eerste opvang" van ouders die in een opvoedingscrisis verkeren, maar nog niet toe zijn aan tweedelijns orthopedagogische hulp of voor wie de afstand tot een dergelijke hulpverlening nog te groot is. Daarnaast kan binnen dit onthaal ook de inschatting of analyse van de problemen aan de orde zijn, met het oog op een mogelijke doorverwijzing en oriëntering naar orthopedagogische hulpverlening.

Swinnen (1985, p. 44) omschrijft het werkterrein van de orthopedagogiek als volgt:

> *"Het is de hulpverlening aan de opvoeders (soms ook direct aan het kind), daar waar er behoefte bestaat aan een specifieke opvoeding in de zin van Kok die zonder de hulp van orthopedagogische deskundigen (in samenwerking met deskundigen uit andere disciplines) niet tot stand kan worden gebracht."*

Kok (1984, p.46) stelt:

> *"Opvoeders zoeken het juiste antwoord. Waarop? Op gedrag van een kind. En als ze met relatie, klimaat en situatie experimenteren, dan is het gedrag van het kind hun controlemiddel. Als een kind niet meer floreert, angstig wordt, of agressief, als het niet meer naar school wil of niet meer naar bed durft, als het steeds weer in sociale situaties blijkt te falen, kortom, steeds als er iets fout gaat, merken we dat aan het gedrag. Gedrag is een signaal, een taal, waarin het kind iets zegt over zijn welbevinden en over het vloeiend verloop van zijn ontwikkeling. 'Het juiste antwoord' is dus een zoeken naar optimalisering van het pedagogisch proces in relatie tot het gedrag van het kind, waarin dit kind 'een vraag' stelt. Een vraag naar de juiste wijze van specifiek opvoeden. In dit proces geeft het kind mede richting aan het proces."*

Opvoedingsondersteuning en orthopedagogische hulpverlening vormen als het ware een continuüm.

De drie functies zijn NIET exclusief aan een welbepaalde doelgroep gebonden, zoals bijvoorbeeld doorsnee gezinnen, kansarme gezinnen, problematische gezinnen. Evenmin komen zij overeen met "brede opvoedingsondersteuning" die gericht is op alle gezinnen of "enge opvoedingsondersteuning" die enkel gericht is op risicogroepen. Initiatieven van opvoedingsondersteuning moeten in principe openstaan voor alle gezinnen, vanuit het besef dat alle ouders, vroeg of laat, vragen of spanningen rond opvoeding kunnen ervaren.

Opvoedingsondersteuning is een deel van gezinsondersteuning. Gezinsondersteuning bestaat uit alle initiatieven die gericht zijn op het bevorderen van het welzijn van het gezin en de gezinsleden. Opvoeding moet worden gekaderd binnen het geheel van variabelen zoals de partnerrelatie, de huisvesting, de materiële situatie, de persoonskenmerken van de gezinsleden, de steunfiguren, de gezinsorganisatie,… Bovendien kan men de interactie tussen deze variabelen niet over het hoofd zien. Een aantal van de kenmerken van het gezinssysteem kunnen sterk interfereren met de opvoeding. Opvoedingsondersteuning kadert dan binnen een breder geheel van initiatieven.

Opvoedingsondersteuning is duidelijk te onderscheiden van kinderpsychotherapie. Kinderpsychotherapie heeft tot doel psychische klachten bij kinderen op te heffen of te verminderen. De pedagogiek, waaronder de opvoedingsondersteuning, richt zich op de interactie tussen opvoeder en kind met de bedoeling de ontwikkeling van het kind of de jongere te stimuleren. Praatgroepen voor kinderen van verslaafde ouders vallen onder kinderpsychotherapie. Ze zijn gericht op het verwerken van de gevolgen van de verslaving van hun ouders voor henzelf. Advies aan drugverslaafde ouders over mogelijke reacties op het grensoverschrijdend gedrag van hun kind, valt onder opvoedingsondersteuning.

1.3. Activiteiten en werkvormen

Om de verschillende functies van opvoedingsondersteuning te realiseren, kunnen verschillende activiteiten of werkvormen gehanteerd worden (Vandemeulebroecke & Colpin, 2001). De meeste werkvormen zijn niet gebonden aan één bepaalde functie van opvoedingsondersteuning. In de praktijk omvatten opvoedingsondersteunende activiteiten vaak een mengeling van werkvormen.

- Bij **opvoedingsvoorlichting** biedt men de ouders algemene informatie aan over de ontwikkeling, de leefwereld en de behoeften van kinderen, en over aspecten van het opvoedingsgedrag en de opvoedingscontext. Met opvoedingsvoorlichting beoogt men een toename van kennis en inzicht. Opvoedingsvoorlichting gebeurt via massa- en audiovisuele media of via rechtstreekse contacten in groepsverband of individueel.

- **Instrumentele steun** betreft praktische pedagogische hulp. Het gaat over het ter beschikking stellen van diensten (kinderopvang,…), materiaal (speel-o-theek) of documentatie.

- **Advies** is wenselijk wanneer ouders op zoek zijn naar handelingsalternatieven voor een concrete situatie of moeilijkheid. Adviesverlening is een vorm van counseling waarbij ouders tijdens gesprekken met een deskundige tot inzicht in hun opvoedingsaanpak komen en zelf mogelijke uitwerkingen vinden. Advies kan in individuele contacten of in groepsbijeenkomsten gerealiseerd worden.

- **Vaardigheidstraining** is gericht op het aanleren van het beoogde opvoedingsgedrag als ouders zich niet competent voelen. Dit kan gebeuren in oudercursussen. Meestal hebben oudercursussen de vorm van een lessenreeks waarbij steeds rond een bepaald thema wordt gewerkt (aandacht geven en prijzen, neen zeggen en verbieden, straffen, luisteren, ik-boodschappen geven,…). Situaties worden besproken en ingeoefend. Dit kan gebeuren aan de hand van videofragmenten. Tussen verschillende sessies krijgen ouders huiswerkopdrachten. Vaardigheidstrainingen kunnen de indruk geven dat opvoeding te isoleren is van de concrete thuissituatie en te herleiden is tot een technisch gegeven. Vaak zijn oudertrainingen ontstaan vanuit een curatieve context (Van Crombrugge & Vandemeulebroecke). In de trainingen moet men aan deze elementen voldoende aandacht besteden.
  Vaardigheidstraining kan ook de vorm krijgen van individuele opvoedingsondersteuning of van groepsactiviteiten waarbij er geen cursusvorm wordt gehanteerd (zie hoofdstuk 3).

- Sommige ouders zijn op zoek naar **emotionele en / of beoordelingssteun.** Hun vragen over opvoeding zijn een vraag naar begrip en een luisterend oor, of naar bevestiging van hun ziens- en handelwijze. Bij emotionele en/of beoordelingssteun ligt de nadruk op het tonen van betrokkenheid, het uiten van respect, waardering en begrip, het erkennen van de ziens- of handelwijze van de betrokkenen. Dit kan zowel in groep als individueel gebeuren.

- Opvoedingsondersteuning kan de vorm van een **zinstichtend gesprek** aannemen als ouders vragen hebben over de legitimiteit en de zin van hun opvoedingsintenties en –handelingen. Dit is het domein van de opvoedingsverantwoording.

- **Vroegtijdige detectie** van zwaardere opvoedings- en ontwikkelingsproblemen en **doorverwijzing** naar meer intensieve vormen van hulpverlening behoren ook tot opvoedingsondersteuning.

- Uit onderzoek blijkt dat ouders in de eerste plaats beroep doen op mensen uit de eigen omgeving wanneer zij opvoedingsvragen of –problemen hebben. Het **uitbouwen van sociale contacten en het stimuleren van informele zelfhulp** zijn dus nuttige activiteiten in het kader van opvoedingsondersteuning.

- Het **signaleren van noden** inzake gezins- en opvoedingsondersteuning aan beleidsinstanties kan een gevolg zijn van opvoedingsondersteuning. Dit kan gebeuren door middel van contacten met beleidsinstanties, organiseren van studiedagen, verzorgen van publicaties, aandacht vragen voor een thema via de media, …

2. Een profiel van drugverslaafde ouders en hun kinderen

Voor men start met opvoedingsondersteuning bij drugverslaafde ouders moet men de eigenheid en de specifieke kenmerken van deze doelgroep scherp voor ogen krijgen. Hierna worden de gevolgen van het druggebruik bij kinderen van drugverslaafde ouders (2.1.) en beschermende en risicofactoren bij het kind en bij de ouder (2.2.) beschreven. Dit deel is een samenvatting van het rapport van Derluyn, I., Vanderplasschen W. & Broeckaert E. Drugverslaafden met jonge kinderen. Een exploratief onderzoek naar modellen en opvoedingsondersteunende methodieken bij de hulpverlening aan drugverslaafde ouders met jonge kinderen. 2000, VAD.

2.1. Gevolgen bij kinderen van drugverslaafde ouders

Druggebruik tijdens **de zwangerschap** kan een duidelijke invloed hebben op het ongeboren kind. Zo worden onder meer vroeggeboorte, intra-uterien overlijden, bloedarmoede, intra-uteriene groeiretardatie, foetale stress, placentale insufficiëntie en het 'Neonataal Abstinentie Syndroom' (NAS) aangegeven als mogelijke **lichamelijke gevolgen**. Het NAS is de verzamelnaam voor de verschillende abstinentieverschijnselen bij het kind, die veroorzaakt worden door het gebruik van opiaten (vooral heroïne) door de moeder gedurende de zwangerschap.

Bij **jonge kinderen** van drugverslaafde ouders worden vertragingen in de ontwikkeling en in de taal gemeld. Daarnaast is er sprake van gedragsproblemen, gedragsstoornissen, agressief gedrag, gebrek aan concentratie, geringe sociale inhibitie, weinig sociale vaardigheden, vertraging in de motorische ontwikkeling en leerstoornissen.

Ook op **latere leeftijd** kunnen er bij deze kinderen nog heel wat problemen opgemerkt worden, zoals wangedrag, spijbelen, gedragsproblemen, delinquentie, druggebruik, leerproblemen, slechte schoolprestaties en overzitten, angst, depressie en emotionele labiliteit, een lager zelfbeeld, aangeleerde hulpeloosheid, gevoelens van schuld en schaamte, problemen met intimiteit, gebrek aan interpersoonlijke en sociale vaardigheden.

In de gezinnen waarvan een ouder verslaafd is komt soms **rolomkering** voor. De kinderen gaan zich op een heel volwassen manier gedragen waarbij ze spontaan taken van de ouder overnemen. Dit zorgt ervoor dat deze kinderen vroeg verantwoordelijkheid opnemen, zich heel volwassen gedragen, weinig spelen,... Soms kan dit een **isolement** veroorzaken ten aanzien van leeftijdgenoten, niet het minst uit schrik om vriendjes mee naar huis te brengen.

Heel wat kinderen hebben het moeilijk met de **onvoorspelbaarheid en onbetrouwbaarheid** van hun ouder(s) en van de gezinssituatie in zijn geheel. Zij zijn

ontgoocheld wanneer ouders opnieuw een belofte niet nakomen. Het is niet verwonderlijk dat deze kinderen met **complexe en ambivalente gevoelens** worstelen. Haat en liefde liggen dicht bij elkaar. Vanuit een grote loyaliteit ten aanzien van hun ouders kan dit schuldgevoelens veroorzaken.

Uiteraard worden bovengenoemde problemen niet alleen veroorzaakt door de prenatale blootstelling aan drugs. **De invloed van het milieu** waarin deze kinderen opgroeien is van groot belang bij het ontstaan van bepaalde gedrags- en ontwikkelingsproblemen.

De mate waarin kinderen effectief risico lopen op één of meer van bovenvermelde problemen hangt samen met een **complex samenspel** van verschillende **risico- en beschermende factoren**, zowel bij het kind, de ouders, de sociale omgeving als de ruime maatschappelijke context. Dit samenspel bepaalt hoe het kind zich uiteindelijk zal ontwikkelen.

2.2. Beschermende en risicofactoren

2.2.1. Bij het kind

Ondanks de vele risico's die kinderen van drugverslaafde ouders lopen **ontwikkelen velen zich vrij normaal**. Opgroeien met een drugverslaafde ouder hypothekeert niet noodzakelijk de ontwikkeling van deze kinderen. Ook al vormen deze kinderen een bijzondere kwetsbare groep, toch tonen heel wat kinderen de nodige weerbaarheid en kunnen ze een vrij voorspoedige ontwikkeling kennen. Kinderen blijken immers vaak over een opmerkelijk ontwikkelingsvermogen te beschikken en hun reacties worden in sterke mate bepaald door hun subjectieve beleving van de werkelijkheid en hun eigen creatieve inbreng. Het gaat dus vaak om **'weerbare kinderen'**.

In de literatuur over kinderen van alcoholverslaafde ouders wordt een aantal beschermende factoren vermeld zoals een uitgebreide vriendengroep, steun van de omgeving, inzicht in de problematiek van de ouders, onafhankelijkheid ten opzichte van het eigen gezin, het bestaan van rituelen (bijvoorbeeld altijd samen aan tafel voor het avondeten) en bevredigende intieme relaties.

Risicofactoren bij het kind zijn mogelijke medische problemen, de moeizame voeding, de vlug geïrriteerde baby, verstoorde slaappatronen,… De moeder die zo al weinig zelfwaardegevoel heeft, ervaart deze problemen vlug als een enorme verwerping van de kant van de baby, als het zoveelste mislukken,…

2.2.2. Bij de ouders

2.2.2.1. Risicofactoren

- De periodes van frequent druggebruik, met de daaruit voortvloeiende chaotische levensstijl, worden voor de kinderen vaak gekenmerkt door **een gebrek aan betrokkenheid, een gebrek aan emotionele en fysieke beschikbaarheid en door een veranderende gemoedstoestand** van de ouders.

- Belastende **familiale voorgeschiedenis:** drug- en alcoholverslaving bij (één van) de ouders, ruzies, mishandeling, seksueel misbruik en geweld binnen het gezin, weinig

positieve rolmodellen, het verblijf in één of meer instellingen of pleeggezinnen, … komen vaak voor.

- Veel vrouwen hebben nooit goede **rolmodellen** gezien om adequate ouderlijke vaardigheden aan te leren.

- Onvoldoende **kennis over de ontwikkeling van het kind,** waardoor zij een verkeerde inschatting maken van de noden en mogelijkheden van hun kind, wat problemen met zich meebrengt.

- Heel wat van deze ouders hebben het moeilijk om **adequate grenzen op te leggen** aan hun kinderen. Ze willen ervoor zorgen dat hun kinderen een betere jeugd hebben dan zij. Dit creëert niet alleen onrealistische verwachtingen ten aanzien van hun kind en de opvoeding, maar dit resulteert soms ook in **een verwenning van het kind.**

- Vanuit hun traumatische verleden kampen heel wat vrouwen met ernstige **psychische en psychiatrische problemen**, zoals depressie, persoonlijkheidsstoornissen en / of posttraumatische stressstoornis. Bepaalde traumatische gebeurtenissen kunnen een negatieve invloed hebben op het **emotioneel welbevinden** van de moeder, wat op zijn beurt haar taak als moeder beïnvloedt.

- Vaak staan verslaafde moeders er **alleen voor**. Wanneer ze een partner hebben, gaat dit veelal gepaard met relationele problemen of is er een grote afhankelijkheid van deze partner.

- Verslaafde ouders kunnen **niet terugvallen op een uitgebreid sociaal netwerk.** Familiale banden werden doorgeknipt en in de buurt zijn ze omwille van hun drugverslaving vaak sociaal geïsoleerd.

- Veelal brengt een verslavingsprobleem ook **financiële problemen** met zich mee met als gevolg slechte huisvesting, éénzijdige voeding, onveilige speelsituaties, affectieve verwaarlozing,… en soms zelfs **criminaliteit** en prostitutie.

- Drugverslaafde ouders worden geconfronteerd met **stigmatisering** door zowel de samenleving als de hulpverlening. Zij zien de ouderrol onverenigbaar met druggebruik. Vele zwangere druggebruikende vrouwen en ouders worden dan ook geconfronteerd met een grote **angst**: angst voor discriminatie en negatieve oordelen, angst voor mogelijke schade aan de gezondheid van het kind, angst dat het kind zal weggenomen worden, angst om sociaal geïsoleerd te raken wanneer men uit de huidige levensstijl stapt, …

2.2.2.2. Beschermende factoren

- Ook al is de zwangerschap meestal niet gepland, toch is er veelal een (latente) kinderwens aanwezig. **De zwangerschap** kan een nieuwe, positieve dimensie geven aan het leven van de verslaafde vrouw, een moment dat heel wat **kansen tot verandering** inhoudt. Het gebeurt vrij vaak dat moeders omwille van hun kind, toch de stap naar de hulpverlening zetten of uit zichzelf, zonder uitgebreide begeleiding, hun gebruik verminderen of zelfs volledig stoppen.

- Het **sociaal netwerk** rond het gezin, voornamelijk dan de aanwezigheid en **beschikbaarheid van één of meer grootouders**, die de ouder kunnen ondersteunen in de zorg voor het kind.

- **Het intact zijn van een aantal levensterreinen** zoals een stabiele relatie, een goede huisvesting, het hebben van een vaste job, contact met de familie,...

- **Gestabiliseerd druggebruik.**

- De **relatie met de hulpverlening** die toegang heeft tot het gezin.

3. Opvoedingsondersteuning en drugverslaafde ouders

Hoe komt het dat drugverslaafde ouders zelden deelnemen aan algemene opvoedings-ondersteunende initiatieven (3.1.)? Welke zijn hun specifieke noden (3.2.)? Hoe kunnen we deze vertalen in een concreet aanbod (3.3.)?

3.1. Algemene opvoedingsondersteunende initiatieven

Uit ervaring blijkt dat drugverslaafde ouders weinig beroep doen op initiatieven die voor alle ouders opengesteld worden. Dit komt overeen met resultaten van onderzoek waaruit blijkt dat ouders uit hogere socio-economische lagen van de bevolking meer gebruik maken van het professioneel aanbod aan opvoedingsondersteuning dan andere ouders (Vandemeulebroecke & Colpin, 2001). Drugverslaafde ouders behoren zelden tot de hogere lagen van de bevolking.

Men kan de lage deelname gedeeltelijk verklaren vanuit de angst van drugverslaafde ouders voor **stigmatisering** door de hulpverlening en door de maatschappij. “De maatschappij” ziet de ouderrol onverenigbaar met druggebruik. Drugverslaafde ouders moeten steeds bewijzen dat ze goede ouders zijn. Maar wat zijn goede ouders? Wie bepaalt wat dit betekent? Ouders hebben een reële angst voor de plaatsing van hun kinderen. In Nederland blijkt ruim de helft van de kinderen van drugverslaafde ouders voor de leeftijd van tien jaar geplaatst te zijn (Derluyn et al., 2000).

Daarnaast bestaat er in een aantal gevallen een **problematische hulpverleningsrelatie** (Ghesquière, 1993) tussen cliënt en hulpverlener. Deze problematische relatie wordt bepaald door culturele verschillen tussen hulpverlener en cliënt, door de persoon van de hulpverlener, door de organisatie van het hulpverleningssysteem en door de hulpverleningsmethodieken.

- Hulpverleners kunnen niet zomaar afstand doen van hun waarden en normen (meestal waarden en normen van de “main stream” binnen de maatschappij). Verslaafde personen zijn vaak opgegroeid in een ander milieu, in een andere (sub)**cultuur** dan de hulpverlener. Dit betekent dat zij andere normen hebben met betrekking tot bijvoorbeeld fysieke verzorging, tijd, roes, beschikbaarheid van ouders voor het kind en toezicht op het kind, … Het is niet eenvoudig een basishouding van aanvaarding, respect, echtheid en empathie waar te maken bij drugverslaafde ouders. De begeleiding van deze cliënten vraagt heel wat van de hulpverlener zowel wat kennis en vaardigheden als wat emotionele investering betreft. De hulpverlener moet zich afvragen vanuit welke achtergrond hij met deze gezinnen werkt. Vaak is dit iets zeer betekenisvol in zijn eigen **persoon**lijk leven. Het is belangrijk dat de hulpverlener durft stilstaan bij zijn eigen familiale context en opvoedingsgeschiedenis

om de emoties die deze gezinnen bij hem oproepen te kunnen begrijpen en te kunnen plaatsen (Ghesquière, 1993). De hulpverlener kan de eigen opvoedingsgeschiedenis, de eigen visie op opvoeding en op het kind, … onmogelijk uitschakelen. Het kwetsbare kind zal de hulpverlener aanspreken op zijn emoties (vader- of moedergevoelens,…). Regelmatige gevalsbesprekingen, teamoverleg, intervisie, … zijn een noodzaak om hiermee om te gaan.

- De organisatie van het hulpverleningssysteem zorgt voor problemen (Ghesquière, 1993). Er is een grote **versnippering en een gebrek aan coördinatie** in het hulpverleningssysteem. Door de opsplitsing in disciplines en de verregaande specialisatie, beperken de meeste hulpverleningsinstanties zich tot een bepaald probleemdomein. Vooral de splitsing in socio-economische en psychosociale hulpverlening blijkt problemen op te leveren. Hierdoor komen de gezinnen noodgedwongen met verschillende hulpverleners in contact. Daarnaast is er meestal een gebrek aan coördinatie. Er is weinig oog voor het geheel en de continuïteit van de hulpverlening. Bijgevolg is er geen globale aanpak van de complexe problematiek.

- De klassieke **hulpverleningsmethodieken** zijn niet afgestemd op multiproblemgezinnen (Ghesquière, 1993). Er wordt te weinig rekening gehouden met de socio-economische problemen, de methodieken zijn te verbaal en men veronderstelt dat de cliënten zelf de transfer van de spreekkamer naar de thuissituatie kunnen maken. In realiteit blijkt dit niet zo eenvoudig te zijn. Bovendien is **de inhoud** van algemene opvoedingsondersteunende initiatieven gericht op een breed publiek. In de praktijk is dit veelal het middenklasse publiek. De leefwereld en de levensstijl van drugverslaafde ouders sluiten hier niet op aan. Zij herkennen zich niet in de gepresenteerde context. Ook het thema verslaving met de gevolgen voor de opvoeding krijgt geen plaats binnen algemene opvoedingsondersteunende initiatieven.

Door de angst voor stigmatisering en de problematische hulpverleningsrelatie blijkt de drempel vragen te stellen rond opvoeding vaak te hoog. De stap naar de hulpverlening zetten in deze context is zeer moeilijk.

3.2. Nood aan opvoedingsondersteuning bij drugverslaafde ouders

Het is onjuist te stellen dat in alle gezinnen met een verslaafde ouder de opvoeding van de kinderen ernstig verstoord is. In de praktijk zien we nog te vaak dat reacties van familie, buren, leerkrachten, hulpverleners,… enkel gebaseerd zijn op het etiket “verslaafd” en niet op een diagnose van de reële situatie. Wij willen uitdrukkelijk pleiten voor **een feitelijke analyse** van de opvoedingssituatie voor men overgaat tot actie. De vraag of orthopedagogische hulpverlening, plaatsing,… is aangewezen, is net zoals bij gezinnen zonder drugverslaving, afhankelijk van deze analyse.

Toch kunnen we niet voorbijgaan aan de **extra risicofactoren** (zie 2.2.). Continue aandacht voor het opvoedingsproces en vroegsignalering in geval van problemen, komen de kinderen ten goede. Het doel van opvoedingsondersteuning en pedagogische hulpverlening is in de eerste plaats het bevorderen van het welzijn en de preventie van gedrags- en andere (waaronder verslavings-)problemen bij kinderen van drugverslaafde ouders.

Drugverslaafde ouders hebben meestal **complexe, langdurige problemen op verschillende terreinen**. Zij komen met een aantal hulpverleners (OCMW, drughulpverlener, …) in aanraking. Het hulpverleningsaanbod is meestal weinig

gecoördineerd en houdt weinig rekening met het geheel van de problemen. Bij een aantal ouders is het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg of de Jeugdrechtbank ingeschakeld. Deze diensten worden over het algemeen als controlerend ervaren. De angst voor uithuisplaatsing van de kinderen en het gevoel zich te moeten bewijzen als ouder, maken het erg moeilijk om constructief aan de opvoeding te werken. Gezien het verhoogd risico op opvoedingsproblemen, zou dit type gezinnen van dichtbij moeten worden opgevolgd tot de kinderen volwassen zijn of tot de risicofactoren uitgeschakeld zijn.

Verslaafde ouders hebben **niet steeds een expliciete vraag** naar opvoedingsondersteuning. Naast angst voor stigmatisering en uithuisplaatsing, zijn ze zich niet altijd bewust van het verhoogde risico op problemen bij hun kinderen. Een bewustwordingsproces en het motiveren van ouders om in het belang van het kind initiatief te nemen, zijn in een aantal gevallen een eerste stap.

Een aantal druggebruikende ouders kunnen we situeren binnen de groep van multiproblem-gezinnen, met complexe, chronische problemen op verschillende terreinen en vaak in een problematische hulpverleningsrelatie met een aantal hulpverleners. Volgens Ghesquière (1993) speelt bij deze gezinnen het transgenerationeel mandaat een belangrijke rol: ouders willen het bij de opvoeding van hun kinderen beter doen dan hun eigen ouders. Ook al bevinden deze gezinnen zich in een moeilijke situatie, **de wens om zelf zo goed mogelijk kinderen op te voeden** biedt mogelijkheden om deze ouders aan te spreken op hun ouderlijke verantwoordelijkheid. Het aanreiken van een veilige omgeving waar geen directe dreiging van uithuisplaatsing is, kan ouders ertoe aanzetten vragen en onzekerheden over opvoeding te stellen. Daarenboven kan een vlot verloop van de opvoeding positieve gevolgen hebben voor het zelfbeeld, wat op zijn beurt positieve gevolgen kan hebben voor het gebruik.

3.3. Criteria voor opvoedingsondersteuning in een ambulante setting bij drugverslaafde ouders

3.3.1. Laagdrempelig

In een ambulante setting stelt zich de vraag hoe men drugverslaafde ouders kan bereiken. Opvoedingsondersteuning zal alleszins laagdrempelig moeten zijn.

Ouders met vragen over opvoeding blijken in de eerste plaats een beroep te doen op hun informele netwerk en op professionele instanties waarmee ze in hun dagelijks leven in contact komen. Drugverslaafden leven dikwijls in een sociaal en maatschappelijk isolement. Het informele sociale netwerk waarop zij kunnen terugvallen is beperkt. Vaak bestaat het sociale netwerk uit andere gebruikers of uit hulpverleningsinstanties. Het **versterken en uitbreiden van het sociaal netwerk** en het zoeken naar steunfiguren op zich is een belangrijke doelstelling van opvoedingsondersteuning.

Gezien de problemen op verschillende levensterreinen en de vele hulpverleningsinstanties waarmee drugverslaafden reeds in aanraking komen, is het essentieel dat het gehele aanbod goed **gecoördineerd** wordt en dat er voldoende samenwerking is tussen de verschillende hulpverleningsinstanties. Bovendien moet **de problematische situatie in zijn geheel** benaderd worden. Een te groot aantal hulpverleners vergroot de draaglast van een gezin. De gezinsleden moeten ook nog eens investeren in het vormgeven van de contacten met al deze personen (Ghesquière, 1993).

Binnen dit kader lijkt het ons **weinig zinvol nog een extra hulpverlener of instantie toe te voegen aan dit geheel**. In het belang van de cliënten is het aangewezen dat verschillende instanties die deze (groep van) ouders bereiken, hun krachten bundelen en binnen de reeds bestaande hulpverleningsrelaties een gecoördineerd aanbod doen van opvoedings-ondersteunende initiatieven. Als achteraf blijkt dat ouders of kinderen vraag hebben naar of nood hebben aan gespecialiseerde hulpverlening, kan men hen doorverwijzen naar een andere dienst.

Laagdrempelig betekent ook goedkope en flexibele hulpverlening, op een voor de ouders gemakkelijk bereikbare plaats en zo dat gezinnen het geleerde gemakkelijk kunnen toepassen in de thuissituatie. De hulpverlener moet, als het gezin het contact verbreekt, zelf bereid zijn terug contact op te nemen. Wachtlijsten, langdurige intakes,… zijn uitgesloten. De hulpverlening zelf is op maat gesneden.

3.3.2. Inspraak

De **problematische hulpverleningsrelatie,** zoals die in 3.1. werd beschreven, heeft een bepalende invloed op de aard van de hulpverlening. Daarenboven eisen bepaalde eigenheden van de doelgroep, zoals het moeilijk nakomen van afspraken, het verstoord tijdsbesef, eisend en manipulerend gedrag,… een andere hulpverleningsbenadering. Het onderhouden van het contact en het opbouwen van een vertrouwensrelatie is niet vanzelfsprekend.

Bovendien wordt de interactie tussen ouders en hun kinderen door een ander waardepatroon ingegeven. Dit is voor hulpverleners soms onbegrijpelijk en afkeurenswaardig. De hulpverlener moet zichzelf regelmatig in vraag durven stellen. Wat doen deze zaken bij hem persoonlijk en wat zijn de gevolgen hiervan in de hulpverleningsrelatie? Welke handelingen worden ingegeven door een professionele houding en wat door de eigen emotionele reacties?

De aanbevelingen van Ghesquière (1993), gericht op het vermijden van een problematische hulpverleningsrelatie bij multiproblemgezinnen, zijn evenzeer toepasbaar op gezinnen met drugverslaafde ouders. Hulpverleners moeten zich bewust zijn van het verschil in waarden en normen tussen henzelf en drugverslaafden. Het **respecteren** van de waarden en normen van drugverslaafde ouders is cruciaal in het hulpverleningsproces en een voorwaarde voor het installeren van een veilige hulpverleningsrelatie.

Hulpverleners moeten het **gezinsperspectief**, de visie van de gezinsleden op de problemen, als leidraad nemen voor elke hulpverleningsactie. De eigen visie is niet richtinggevend. Enkel indien cliënten ervaren dat de geboden hulpverlening relevant is voor hun noden en behoeften, zullen zij hun medewerking verlenen. Drugverslaafde ouders verwachten duidelijke en juiste informatie, continuïteit en inspraak in de hulpverlening.

3.3.3. Veiligheid

Enkel als ouders de hulpverlening niet als controlerend of afwijzend ervaren, als er een sfeer van veiligheid bestaat binnen de hulpverlening, worden eventuele problemen in de opvoeding bespreekbaar.

Ouders vragen bevestiging voor hun ouderrol en willen het beste voor hun kinderen. Pas als hulpverleners hiervan vertrekken kan een veilig klimaat groeien waarin ouders vragen en problemen in de opvoeding kunnen of durven benoemen. Zolang ouders zich moeten

bewijzen als goede ouder is er geen openheid voor vragen of onzekerheden. Daarom moet dreiging met uithuisplaatsingen zoveel mogelijk vermeden worden.

3.3.4. Inhoud

Vertrekkend van de beschermende en risicofactoren die in de literatuur worden aangegeven (Derluyn et al., 2000), kunnen we concluderen dat opvoedingsondersteuning gericht moet zijn op volgende thema's:

- Installeren van een sociaal netwerk (steunfiguren voor ouders en kind) en organiseren van toegankelijke instrumentele steun (kinderopvang,…)
- Voorspelbaarheid van situaties vergroten voor het kind
- Installeren of onderhouden van rituelen in het gezin
- Betrouwbaarheid van de ouders vergroten
- Voorkomen van parentificatie of het uiten van waardering voor kinderen die deze rol hebben
- Het taboe van het druggebruik doorbreken zodat het kind ergens open over de thuissituatie kan spreken
- Het kind inzicht in de verslavingsproblematiek van de ouder bijbrengen
- Betrokkenheid en beschikbaarheid van de ouders vergroten
- Kennis over de ontwikkeling van kinderen vergroten bij de ouders

Aandachtspunten zijn:

- Omgaan met schuld- en schaamtegevoelens bij de ouders ten aanzien van het kind
- Voorkomen van verwenning
- Preventie van verwaarlozing en misbruik

Daarnaast zijn, zoals hoger vermeld, factoren zoals "gestabiliseerd druggebruik" en het intact zijn van zoveel mogelijk levensterreinen (stabiele relatie, huisvesting, vaste job, …) belangrijke beschermende factoren.

Samenvattend

Drugverslaving van een ouder kan een zware hypotheek leggen op de ontwikkeling van een kind. Opvoedingsondersteuning lijkt aangewezen om deze risicofactoren te verminderen en beschermende factoren binnen een gezin te versterken. Algemene opvoedingsondersteunende initiatieven blijken deze ouders echter niet te bereiken. In dit eerste hoofdstuk worden verschillende factoren die meespelen in deze problematiek beschreven.

Vooreerst wordt de discipline opvoedingsondersteuning gesitueerd binnen de ruimere hulpverleningscontext. De functies van opvoedingsondersteuning en mogelijke werkvormen worden geschetst. Vervolgens geven we een profiel van de drugverslaafde ouders. Risico- en beschermende factoren bij drugverslaafde ouders en hun kinderen worden beschreven. In een derde deel gaan we dieper in op de gestelde problematiek.

Hoe komt het dat drugverslaafde ouders zelden deelnemen aan opvoedingsondersteunende initiatieven? Verschillende factoren spelen hierbij een rol. Drugverslaafde ouders worstelen met een grote *angst voor stigmatisering en uithuisplaatsing van hun kind*, waardoor de drempel naar de hulpverlening hoog wordt. Bovendien bestaat vaak een *problematische relatie tussen de cliënt en deze verschillende hulpverleningsinstanties*: (sub)cultuurverschillen tussen cliënt en hulpverlener, onaangepaste hulpverleningsmethodieken die inhoudelijk niet aansluiten bij de leefwereld en de eigenheid van drugverslaafden en de versnippering en gebrekkige coördinatie van het hulpverleningssysteem spelen hierbij een belangrijke rol.

Waaraan moeten opvoedingsondersteunende initiatieven naar drugverslaafde ouders voldoen willen zij de kloof overbruggen? Het initiatief zal alleszins *laagdrempelig* moeten zijn. Cliënten moeten *inspraak* krijgen in hun hulpverlening. Pas wanneer cliënten ervaren dat de geboden hulp relevant is voor hun noden en behoeften zullen zij hun medewerking verlenen. Daarnaast dient het opvoedingsondersteunend aanbod binnen een sfeer van *veiligheid* te geschieden. Duidelijkheid omtrent beroepsgeheim en een positieve benadering van de cliënten zijn hierbij zeer belangrijk. De *inhoud* van opvoedingsondersteuning naar deze doelgroep dient vooral de beschermende factoren binnen een gezin aan te spreken. Risicofactoren dienen verminderd te worden.

Hoofdstuk 2: De voorbereiding

Hoofdstuk II: De voorbereiding

Voor men start met initiatieven voor opvoedingsondersteuning is het aangewezen een overzicht te maken van het reeds bestaande aanbod in de regio. Welke diensten werken al aan opvoedingsondersteuning of pedagogische hulpverlening? Welke diensten bereiken drugverslaafde ouders? Waar kan de eigen voorziening een zinvol aanbod doen?
Rekening houdend met deze informatie kan men binnen de eigen setting starten met de uitbouw van een opvoedingsondersteunend aanbod.

In de grijze kaders wordt ter illustratie het opvoedingsondersteunend aanbod van het MSOC-Limburg beschreven.

1. Een gecoördineerd zorgaanbod

"Opvoedingsondersteuning bij druggebruikende ouders" bevindt zich op het raakvlak van verschillende disciplines en organisaties. Duidelijkheid omtrent de invalshoek die de verschillende instanties hanteren is cruciaal. Werkt men in het belang van het kind (Comité voor bijzondere jeugdzorg) of in het belang van de ouder (MSOC)? Beide gezichtspunten moeten vertegenwoordigd en bewaakt worden. Deze opdeling mag niet verhinderen dat men zoveel mogelijk tracht de belangen van ouder én kind te verenigen.

Meestal zijn er problemen op andere terreinen aan het druggebruik gerelateerd (problemen op financieel, juridisch, sociaal vlak, gezondheidsproblemen,…), waarvoor andere hulpverleningsinstanties ingeschakeld zijn. Afspraken tussen diensten zijn onontbeerlijk om tot een optimale zorg te komen. Om een gecoördineerd zorgaanbod uit te werken is het essentieel eerst een overzicht te maken van het reeds bestaande pedagogisch aanbod. Het is eveneens noodzakelijk een overzicht te maken van organisaties die contact hebben met drugverslaafde ouders.

MSOC-Limburg[1]: organisatie en werking

Het MSOC profileert zich als laagdrempelige hulpverleningsinstantie voor verslaafden aan illegale drugs. Om de bereikbaarheid te vergroten wordt er gewerkt met een "antennestructuur". Zo heeft het MSOC kantoren in negen verschillende gemeenten. Naast een grotere toegankelijkheid vergemakkelijkt dit de samenwerking met lokale diensten. Elk centrum is telkens ingericht met een wachtlokaal, een verstrekkinglokaal, een dokterskabinet, één of meerdere gesprekslokalen en soms ook een keukentje. Het MSOC van Genk fungeert als administratieve hoofdzetel en als contactplaats voor de Genkse druggebruikers.

Het **methadonprogramma** werd van bij de start in 1997 geïntegreerd in de MSOC-werking en wordt in zeven gemeenten georganiseerd. De structuur van de verstrekkingmomenten is overal dezelfde, maar de inhoud en organisatie verschilt per regio, opnieuw om zo goed mogelijk aan de noden van de druggebruikers te beantwoorden.

De verstrekking gebeurt iedere weekdag op een vastgesteld tijdstip en duurt telkens één uur. Een **regionaal, multidisciplinair team** staat in voor de medische en psychosociale begeleiding. Een verpleegkundige, *"eerste verstrekker"* genoemd, vervoert en bezorgt de individuele dagdosissen van de cliënten. Samen met de aanwezige hulpverlener (*"tweede verstrekker"*) begeleidt de verpleegkundige de groep. Individuele en gemeenschappelijke problemen kunnen tijdens deze momenten aan bod komen. Een *gemandateerde arts,* dit is een arts die door de huisartsenkring wordt afgevaardigd om met drugverslaafde cliënten te werken, begeleidt de cliënt in het medische luik van

[1] Het MSOC-Limburg wordt verder aangeduid als het MSOC.

zijn drugproblematiek. Voor andere medische problemen wordt de cliënt naar zijn huisarts doorverwezen. Reïntegratie blijft immers een belangrijke doelstelling van het MSOC. Een cliënt die instapt in het methadonprogramma heeft regelmatig gesprekken met een individuele hulpverlener.

Vanuit de verstrekkingen worden **groepsactiviteiten** georganiseerd. Deze kunnen een *educatieve* (bijvoorbeeld gezondheidsvoorlichting, opvoedingsvoorlichting,…), een *therapeutische* (bijvoorbeeld assertiviteitstraining, relaxatieoefeningen, moedergroep,…), een *huishoudelijke* (bijvoorbeeld kooksessies) of een andere functie hebben.

Het methadonprogramma is maar één voorbeeld van het aanbod. Er is een aanzienlijke groep cliënten die of een heroïneprobleem hebben maar geen deel uitmaken van het methadonprogramma of problemen hebben met andere illegale producten. Deze cliënten kunnen beroep doen op een multidisciplinair aanbod waarbij eveneens aandacht aan het gezin wordt besteed. Voor iedere cliënt en zijn systeem wordt een hulpverleningsplan opgesteld dat kan bestaan uit individuele of groepstherapie. Dankzij de multidisciplinariteit van het team kan het onderwerp van de begeleiding psychologisch, sociaal en /of medisch zijn.

Binnen de totale cliëntenpopulatie werd gekozen om de pedagogische ondersteuning in een eerste fase te richten naar de **cliënten in het methadonprogramma**. Deze keuze is gebaseerd op de intensieve, vaak dagelijkse contacten tussen de dienst en deze cliënten. Dit maakt dat het MSOC voor velen van hen een aanspreekpunt en dus een veilige haven kan zijn. Ook de specifieke eigenschappen van deze doelgroep (problemen op een veelheid van gebieden, structuurloos en zeer wisselvallig leven, vaak ontbrekend sociaal en / of familiaal netwerk, problematische familiale voorgeschiedenis…) vergroten het risico op problematische opvoedingssituaties.

1.1. Positiebepaling in het zorglandschap en netwerkvorming

In elke regio zijn een aantal diensten actief die werken in het belang van de kinderen en die een aanbod doen met betrekking tot opvoeding zoals:

- Comité voor Bijzondere Jeugdzorg
- Jeugdrechtbank
- Kind en Gezin
- Thuisbegeleidingsdiensten
- Centra voor Leerlingenbegeleiding
- Instellingen voor Bijzondere Jeugdzorg
- Orthopedagogische Centra
- Dagcentra
- Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG's)
- Pleeggezinnendiensten
- …

Voor men als dienst start met het uitwerken van een opvoedingsondersteunend aanbod, is het aangewezen na te gaan in hoeverre deze diensten drugverslaafde ouders bereiken met hun initiatieven. Welke groep van ouders bereiken zij wel? Welke groep bereiken zij niet? Hoe verlopen de contacten tussen deze diensten en drugverslaafde ouders? Komen ze tot het opbouwen van een vertrouwensrelatie? In hoeverre is het aanbod afgestemd op specifieke kenmerken van deze gezinnen? Welke zijn hun doelstellingen en methodieken? Zijn er volgens hen lacunes in het zorglandschap?

Daarnaast vindt men diensten die werken in het kader van de drughulpverlening. Deze diensten bereiken per definitie een aantal drugverslaafde ouders. Welke groep van ouders bereiken zij wel? Welke groep bereiken zij niet? Komt opvoeding expliciet naar voor in hun aanbod? Zijn er volgens hen lacunes in het zorglandschap?

Drugverslaafde ouders komen in contact met de Centra voor Algemeen Welzijnswerk, Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn,… Organiseren zij een aanbod gericht op opvoedingsondersteuning waar drugverslaafde ouders aan kunnen deelnemen?

Een realistisch beeld krijgen van mogelijkheden en grenzen van de verschillende diensten is een eerste stap in het bepalen van de eigen positie, doelstellingen, doelgroep en werkterrein. Afhankelijk van het bestaande aanbod kan de eigen rol uit verschillende zaken bestaan:

- drugverslaafde ouders doorverwijzen naar andere diensten
- het bestaande aanbod integreren binnen de eigen werking (bijvoorbeeld een spreekuur organiseren…)
- het bestaande aanbod aanpassen voor drugverslaafde ouders (eventueel in samenwerking met een andere dienst)
- vorming geven over drugs en verslaving aan diensten die gespecialiseerd zijn in pedagogische hulpverlening, …
- een eigen aanbod uitwerken (voor de gehele groep van drugverslaafde ouders of voor een subgroep)
- lacunes signaleren aan andere instanties (eventueel beleidsinstanties)
- …

Positiebepaling in het zorglandschap met betrekking tot opvoedingsondersteuning

We beperken ons exemplarisch tot het MSOC in Genk en houden geen rekening met de antennes in andere gemeenten.

In Genk wordt een aantal initiatieven genomen met betrekking tot opvoedingsondersteuning en pedagogische hulpverlening. Het volgende overzicht is zeker niet volledig.

Zo is er de vzw PAS (Pedagogisch Advies en Stimulering), die wordt gefinancierd vanuit het Sociaal Impulsfonds. Hun dienstverlening bestaat uit de opvoedingswinkel (informatie en documentatiemateriaal), pedagogisch spreekuur (maximum vijf individuele gesprekken met een consulent), cursussen en trainingen voor ouders en beroepskrachten, thema- en voorlichtingsbijeenkomsten, kortdurende thuisbegeleiding, en toeleiding of verwijzing naar adequate hulpverlening. Daarnaast bestaat de dienst Opzet (Orthopedagogische Zorg en Training) die trainingen in ouderlijke vaardigheden organiseren en aan thuisbegeleiding doen.
Andere belangrijke diensten zijn het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg, de Jeugdrechtbank, Kind en Gezin (infoavonden, kraambezoeken, gezinsbezoeken, consultatiebureaus, pedagogische consulten, groepswerking van ouders als kinderen 12 en 24 maanden worden en opvoedingsspreekuren), het CLB van het vrij onderwijs en het CLB van het gemeenschapsonderwijs, een aantal instellingen vanuit de bijzondere jeugdzorg en de gehandicaptenzorg, Observatie- en Behandelingscentrum Bethanië (oudertrainingen voor ouders van opgenomen kinderen en jongeren), een aantal buurtwerkingen, de pleeggezinnendienst Genk, het Vertrouwenscentrum inzake kindermishandeling, de Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning “De Stap” en “Molenhof”, Dagcentrum “De Passer” (permanente jongerenbegeleiding, studiebegeleiding en gezinsbegeleiding ten voordele van kinderen tussen 6-18 jaar), “’t Huis” (een ontmoetingsplaats voor ouders met hun kinderen – men biedt ondersteuning in de verzorging en opvoeding van de kinderen), …

Het JOG (Jeugdhulpverleningsoverleg Genk) is een actief samenwerkingsverband tussen onderwijs, hulpverlening, welzijn en de plaatselijke overheid.

Er zijn dus heel wat initiatieven. We merken dat onze cliënten contacten hebben met het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg, de Jeugdrechtbank en Kind en Gezin. Momenteel komt Opzet in één gezin aan huis. Geen enkele ouder ging tot nu toe langs bij de opvoedingswinkel of volgde er een cursus, ondanks het feit dat het cursusaanbod steeds uitgehangen wordt op het MSOC.

Waar positioneert het MSOC zich binnen dit aanbod?

Het MSOC is een dienst in het kader van drughulpverlening. Er werd expliciet gekozen geen orthopedagogische hulpverlening te bieden voor drugverslaafde ouders. Daarnaast integreert het MSOC opvoedingsondersteuning in de bestaande werking[2]. Het MSOC kiest er expliciet voor om het aantal MSOC-hulpverleners per gezin zoveel mogelijk te beperken. Dit is een motief om het opvoedingsondersteunend aanbod te integreren in de reeds bestaande hulpverleningscontacten (van de cliënt met de verpleegkundige, arts, psycholoog,…) Om hulpverleners hierbij te ondersteunen kreeg de pedagoog een consultfunctie.

Het MSOC stelt zich tot taak:
- een bewustwordingsproces bij drugverslaafde ouders creëren omtrent gevolgen van de verslaving voor de kinderen
- deskundigheidsbevordering bij andere organisaties met betrekking tot drugverslaafde ouders
- cliënten op de hoogte brengen van een aantal diensten en motiveren om deze diensten te consulteren
- cliënten doorverwijzen naar andere diensten en de doorverwijzing opvolgen
- samenwerken met andere diensten om een specifiek aanbod voor drugverslaafde ouders uit te werken en de doelgroep naar deze initiatieven toe leiden
- opvoedingsondersteuning integreren in de bestaande werking (zie hoofdstuk 3)

1.2. Samenwerkingsafspraken

Tussen diensten kan een samenwerkingsovereenkomst en een taakafbakening worden opgesteld. Deze overeenkomst kan eventueel schriftelijk vastgelegd worden in de vorm van een protocol. Voor men afspraken maakt moet men mogelijkheden van de eigen dienst en verwachtingen ten aanzien van andere diensten uitspreken. Idealiter gebeurt dit zowel op beleidsniveau als op veldwerkniveau. Hierbij dient men rekening te houden met visie en doelstellingen én met praktische beperkingen zoals wachtlijsten,… Afspraken en overeenkomsten tussen organisaties moeten door alle medewerkers gekend zijn en voor iedereen duidelijk zijn.

Samenwerkingsafspraken

Momenteel bestaat er nog geen uitgeschreven protocol tussen het MSOC en een dienst omtrent opvoedingsondersteuning of pedagogische hulpverlening. Samenwerkingsafspraken opstellen is een langdurig proces. Binnen het tijdskader van het project (9 maanden) was dit niet mogelijk. Wel werd een aanzet gegeven. Het MSOC maakte kennis met enkele instanties. In de toekomst zullen initiatieven tot meer concrete samenwerking genomen worden. Zo wordt er gedacht aan een bezoek aan de Opvoedingswinkel met enkele cliënten, het organiseren van een spreekuur of een vaardigheidstraining door medewerkers van de Opvoedingswinkel in de gebouwen van het MSOC,... Op deze manier verlaagt de drempel naar deze instanties, en krijgen ouders toch advies en informatie over opvoeding, ook als zij niet zelf de stap naar de Opvoedingswinkel zetten.

Binnen de regio Antwerpen heeft "Bubbels en Babbels" zich tot doel gesteld de netwerkontwikkeling en opvoedingsondersteuning naar ouders met een drugprobleem te coördineren. Momenteel werkt men aan een document dat hun ervaringen weergeeft. Eind 2002 wordt de publicatie van dit document verwacht. Ter illustratie vindt u in bijlage 1 een samenwerkingsovereenkomst tussen

[2] Het onderscheid tussen opvoedingsondersteuning en orthopedagogische hulpverlening wordt in hoofdstuk 1, 1.2. aangehaald.

“Bubbels en Babbels” en de Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG’s) uit de regio Antwerpen.

1.2.1. Belang van de ouder en belang van het kind

Specifiek voor het opvoedingsondersteunend aanbod is dat zowel het belang van de ouder als het belang van het kind bewaakt worden. Het lijkt ons een goede zaak **twee verschillende instanties** of minstens twee verschillende personen hiervoor in te schakelen. Gezien het verhoogd risico op opvoedingsproblemen, zou het belang en de veiligheid van het kind in dit type gezinnen van dichtbij moeten worden bewaakt tot de kinderen volwassen zijn of tot de risicofactoren uitgeschakeld zijn. Anderzijds mag men niet over het hoofd zien dat de belangen van het kind en van de ouder in vele gevallen te verenigen zijn.

De vraag die zich hier stelt is niet eenvoudig te beantwoorden. Hoe kan men de veiligheid van het kind waarborgen zonder de ouders als cliënt te verliezen? Welke organisatie neemt de verantwoordelijkheid op zich om in te grijpen in het belang van het kind? Voor een dienst die bezig is met drughulpverlening, en zich dus in eerste instantie richt op de druggebruikende ouder, is dit niet evident. Het ingrijpen en eventueel uithuisplaatsing van een kind belast meestal de hulpverleningsrelatie met de ouders. Ouders doen uiteindelijk niet in de eerste plaats beroep op de drughulpverlening voor opvoedingsondersteuning. Toch is het de drughulpverlener die (soms als enige) een zicht heeft op het functioneren van de ouders en de gevolgen hiervan voor de opvoeding. Om te vermijden dat kinderen in gevaarlijke situaties terechtkomen, is het essentieel dat het voor de betrokken hulpverleners duidelijk is welke dienst wel ingrijpt en welke dienst niet ingrijpt. Het ingrijpen zal steeds gevolgen hebben voor de relatie met de ouders en de relatie met het kind, vanuit welke dienst dit ook gebeurt. De manier waarop het thema wordt aangebracht bij ouders en het betrekken van ouders in dit proces, kunnen ervoor zorgen dat ouders begrip hebben of willen meewerken aan een oplossing, ook als dit een tijdelijke uithuisplaatsing van het kind inhoudt.

Invalshoek van het MSOC

Ouders doen in de eerste plaats een beroep op het MSOC omwille van hun drugprobleem. Het MSOC richt zich op **de drugverslaafde cliënt.** De problemen die een direct gevolg zijn van het druggebruik zijn de ingangspoort van de begeleiding (hervalpreventie, medicamenteuze ondersteuning, ontwenning of afbouw, …). Maar het aanbod van het MSOC reikt verder. Ook voor andere, meer indirecte moeilijkheden kan de druggebruikende cliënt beroep doen op het MSOC: begeleiding op zoek naar werk, financiële schuldbemiddeling, familiale of relationele problemen, … Ook het **ouder-zijn** van de cliënt krijgt binnen dit aanbod een plaats. Aandacht voor de kinderen en de opvoedingssituatie maken onderdeel uit van de integrale hulpverlening die het MSOC naar deze gezinnen beoogt te organiseren.

Het MSOC kiest bewust voor de invalshoek van de drugverslaafde cliënt. De invalshoek van het kind wordt daarmee bewust op de tweede plaats gezet. Het MSOC zal enkel in extreme situaties ingrijpen. Het wil zich ook op deze manier profileren naar andere diensten en verwacht van instanties die werken in het belang van het kind dat zij ingrijpen op momenten dat zij dit nodig achten. De achterliggende idee is dat het MSOC een veilige haven moet kunnen zijn waar cliënten terechtkunnen met hun verslaving en de gevolgen hiervan. Dit betekent dat het MSOC vragende partij is voor samenwerking met diensten die het belang van het kind bewaken. Zoals reeds gezegd staat deze samenwerking nog in haar kinderschoenen.

Enkel bij zwangerschap bestaat er wel reeds een geformaliseerde samenwerking. Het MSOC schakelt steeds het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg in omtrent de zwangerschap. Vanuit het CBJ wordt dan het initiatief genomen om een Permanent Armoede Overleg (PAO) – zie 1.2.2. - te

organiseren waarbij alle betrokken hulpverleners, de kraamafdeling van het ziekenhuis en de cliënte(n) zelf aanwezig zijn. Hier worden afspraken gemaakt over de verdere opvolging van het gezin. Verwachtingen naar de ouders worden uitgesproken en duidelijke evaluatieprocedures worden opgesteld.

Ook op andere momenten kan het MSOC een impuls geven aan een andere instantie (CBJ, OCMW, …) om een PAO samen te roepen. Dit gebeurt enkel als men zich ernstig zorgen maakt over de kinderen van de cliënten.

1.2.2. Doorgeven van cliëntgebonden informatie

We onderscheiden twee aspecten:

- Ouders moeten in vertrouwen een aantal dingen kunnen vertellen zonder dat er direct sprake is van maatregelen voor de kinderen. Zoals vroeger reeds werd aangehaald, willen ouders worden bevestigd in hun ouderrol en willen zij het beste voor hun kinderen. Pas als hulpverleners hiervan vertrekken kan een **veilig klimaat** groeien waarin ouders vragen, onzekerheden en problemen in de opvoeding kunnen of durven benoemen. Het doorgeven van informatie over thema's als gebruik, opvoeding, … aan andere diensten wordt vaak ervaren als een bedreiging van de veiligheid voor de cliënt om vrijuit te spreken. Openheid en duidelijkheid naar de ouders zijn hierbij cruciaal.

- Daarnaast is een gecoördineerd en geïntegreerd zorgaanbod even goed in het belang van ouder en kind. Dit houdt **casegebonden overleg** in waarbij naar een gezamenlijke strategie ten aanzien van het gezin wordt gezocht. Enkel hulpverleners die effectief contact hebben met dit gezin zijn aanwezig. Het is een overleg op maat van de cliënt en kent bijgevolg geen vaste samenstelling. In een aantal Vlaamse regio's krijgt dit vorm in een PAO: Permanent Armoede Overleg (Vandenbempt, 2001a). Minimaal dient de cliënt geïnformeerd te worden dat dit overleg plaats vindt. Idealiter gaat de cliënt akkoord met het overleg, wordt het samen met hem voorbereid en is hij aanwezig. Vanuit verschillende hoeken hoort men stemmen opgaan voor een "vraaggestuurd cliëntoverleg" waarbij de vragen, de beleving maar ook de krachten van de cliënt het vertrekpunt zijn. Dit vraaggestuurde overleg wordt vaak verbonden met case-management.

Doorgeven van informatie

Binnen Limburg bestaat reeds geruime tijd een PAO-werking. Het MSOC is binnen deze overlegstructuur een actieve partner. Dergelijke PAO wordt op initiatief van een betrokken instantie georganiseerd. Alle hulpverleners alsook de cliënt(en) worden hierop uitgenodigd.

Samen met de cliënt bereidt de individuele MSOC-hulpverlener een PAO voor. Men spreekt af welke informatie wel en niet doorgegeven wordt, wie deze informatie doorgeeft (cliënt of hulpverlener), … Het MSOC tracht dichtbij het perspectief van de cliënt te blijven. Als er belangrijke informatie is waarvan de hulpverlener vindt dat hij dit op de PAO moet brengen terwijl de cliënt dit niet wenst, kan de hulpverlener, mits duidelijkheid en openheid naar de cliënt, ook deze elementen op het overleg inbrengen. Dit thema, en de impact ervan op de hulpverleningsrelatie krijgt een plaats in de verdere begeleiding. Deze wijze van werken wordt enkel in uitzonderlijke situaties gehanteerd aangezien zij een ernstige belasting van de werkrelatie kan vormen.

1.3. Deskundigheidsbevordering over drugverslaafde ouders

Medewerkers van diensten die gespecialiseerd zijn in pedagogische hulpverlening, weten daarom niet steeds hoe om te gaan met druggebruikende ouders. Hen informeren kan vele problemen en onrealistische verwachtingen voorkomen.

Thema's die ter sprake kunnen komen zijn:

- het proces van verslaving verduidelijken
- gevolgen van druggebruik op psychosociaal, financieel, juridisch vlak, … inschatten
- verduidelijken van de leefwereld van druggebruikers
- omgaan met cliënten onder invloed
- omgaan met eisend gedrag
- …

Omgekeerd kunnen diensten die vertrekken vanuit een pedagogisch kader drughulpverleners veel bijbrengen. Ontwikkelingspsychologie, analyse van gezins- en opvoedingssituaties, het opstellen van pedagogische handelingsplannen,… kunnen aan bod komen.

Deskundigheidsbevordering over drugverslaafde ouders

Het MSOC wil zijn kennis en expertise over de drugproblematiek ook aan andere diensten ter beschikkingstellen. Vormingsdagen voor Kind en Gezin, CLB's, supervisie van het team van het lokale opvangtehuis voor daklozen,… zijn enkele projecten die momenteel vanuit het MSOC worden opgevolgd.

2. De uitbouw van een pedagogisch aanbod binnen de eigen setting

Hoe start je met het uitwerken van een pedagogisch aanbod binnen de eigen voorziening? Het vormen van een beleidsgroep en de implementatie binnen de teamwerking spelen hierin een belangrijke rol.

2.1. Beleidsgroep

Het implementeren van een opvoedingsondersteunend aanbod is geen éénmanszaak. Het welslagen staat of valt met het feit of het aanbod gedragen wordt door de beleidsverantwoordelijken en ingebed is in de teamwerking.

Een beleidsgroep waarin **beleidsverantwoordelijken en teamleden** vertegenwoordigd zijn, kan de uitgangspunten, doelstellingen en pijlers van het opvoedingsondersteunend aanbod vorm geven en bewaken. Een dergelijk aanbod zal nooit helemaal 'af' zijn. Het uitwerken is een dynamisch proces dat de nodige reflectie, evaluatie en bijsturing vraagt. Belangrijk is een **'trekker'** die de groep op sleeptouw neemt. Deze persoon staat in voor de communicatie naar het beleid en naar het team. Hij dient over de nodige inhoudelijke kennis, ervaring en vaardigheden inzake pedagogische ondersteuning te beschikken.

De beleidsgroep zal de **grote lijnen** van het opvoedingsondersteunend aanbod vastleggen. In de eerste plaats zal zij beslissen over de positie die de dienst in het zorglandschap inneemt. Rekening houdend met de eigenheid van de eigen dienst, het bestaand aanbod,

samenwerkingsafspraken tussen verschillende diensten en eigen mogelijkheden, zullen doelstellingen en methodieken worden bepaald.

Om het opvoedingsondersteunend aanbod **concreet** vorm te geven is het noodzakelijk dat de medewerkers die dit aanbod uiteindelijk gaan uitvoeren erbij worden betrokken. Rekening houden met hun concrete voorstellen en ideeën bevordert de betrokkenheid en vergroot de inspanningsbereidheid.

Tot slot kan men er voor kiezen **het cliënteel, de drugverslaafde ouders,** te **bevragen**. Hebben zij nood aan opvoedingsondersteuning? Welke zijn hun vragen? Welke zijn hun suggesties? Een dergelijke bevraging vooraleer men een concreet aanbod heeft uitgewerkt vermijdt dat het aanbod geen aansluiting vindt bij de doelgroep. Het is onzinnig oudercursussen te organiseren wanneer ouders duidelijk aangeven zich hier niet voor te interesseren. Ouders regelmatig bevragen geeft aanwijzingen voor een steeds verfijndere afstemming van het aanbod op deze wensen en verwachtingen. Ook hier blijft het gezinsperspectief richtinggevend voor de uitwerking en bijsturing van het aanbod.

Beleidsgroep binnen het MSOC

Twee teamleden van het MSOC, een orthopedagoge en een klinisch psycholoog, engageerden zich voor een termijn van negen maanden om het opvoedingsondersteunende aanbod binnen de werking concreet gestalte te geven. Vanuit het beleid engageerden de teamcoördinator en de directeur van het MSOC zich om, in regelmatig overleg, dit geheel organisatorisch op te volgen. In deze beleidsgroep werden de eerste grote lijnen van het aanbod uitgetekend. Duidelijke engagementen, taken en verantwoordelijkheden werden uitgesproken: financiële mogelijkheden, tijdruimtelijke mogelijkheden,… Basisprincipes van de werking werden verwoord: geïntegreerde hulpverlening, belang van samenwerking en afgrenzing van verantwoordelijkheden,…

Deze beleidsgroep kwam in de aanvangsfase wekelijks samen om het geheel gecoördineerd te laten verlopen. In een latere fase, na effectieve implementatie van het aanbod daalde deze frequentie. Maandelijkse overlegmomenten zorgden voor de nodige opvolging, evaluatie en bijsturing.
Binnen deze beleidsgroep werden een strategie en een tijdsplanning uitgestippeld. In een aanvangsfase, die ongeveer één maand zou duren, werd de nadruk gelegd op het vergroten van de betrokkenheid van de gehele teamwerking a.d.h.v. teambevraging, discussiemomenten, voorstelling van project, individueel aanspreken en uitleggen van doelstellingen,… In een volgende fase werd de klemtoon op visieontwikkeling gelegd: grensafbakening binnen het hulpverleningslandschap, invalshoeken en beperkingen van de werking,… In een derde fase, die gedeeltelijk parallel liep met het voorgaande werd meer concreet vorm gegeven aan het opvoedingsondersteunende aanbod. Tot slot bestond de taak van de beleidsgroep vooral uit een opvolgen en bijsturen van de initiatieven.

Vanuit deze beleidsgroep werd de nood aan externe supervisie steeds meer voelbaar. Andere diensten werden aangezocht om supervisie te geven gedurende de termijn van dit project. Dienst Thuisbegeleiding Sporen, te Lovenjoel, engageerde zich voor een supervisie van het project voor negen maanden. Zowel inhoudelijke als organisatorische bijsturing waren onderdeel van deze supervisie.

2.2. Teamwerking

Om het opvoedingsondersteunend aanbod te integreren in de normale werking, is het belangrijk dat het gehele team betrokken is in de uitwerking ervan.

2.2.1. Visieontwikkeling

Profilering van de voorziening binnen het lokale zorglandschap en het aangaan van samenwerkingsverbanden met andere diensten vereisten duidelijkheid omtrent het aanbod,

de grenzen en de verantwoordelijkheden van de voorziening. Het ontwikkelen van een door het team gedeelde visie is hierbij onontbeerlijk.

Een duidelijk geformuleerde visie heeft enerzijds het voordeel dat binnen de dienst de nodige duidelijkheid ontstaat omtrent de te varen koers. Dit is bijvoorbeeld noodzakelijk bij nieuw aangeworven collega's, maar ook als referentiepunt voor mogelijke toekomstige problemen. Anderzijds geeft deze visie ook aan andere voorzieningen duidelijkheid omtrent het aanbod, grenzen en verantwoordelijkheden van jouw voorziening. Op deze manier worden onterechte verwachtingen naar de dienst en onjuiste doorverwijzingen vermeden.

Deze duidelijkheid is belangrijk inzake:

- Het bepalen van een theoretisch kader over verslaving en opvoeding
- Het bepalen van de invalshoek, grenzen van het aanbod en de verantwoordelijkheden van de voorziening,…
- Het bepalen van doelstellingen van het aanbod, inhoud van het aanbod, gehanteerde werkwijzen en methodieken,…
- Het bepalen van procedures rond overleg (beroepsgeheim?), crisissituaties (mishandeling of misbruik),…

Visieontwikkeling op het MSOC

Op het MSOC bestaat reeds geruime tijd een traditie inzake visieontwikkeling. Er worden veel energie, tijd en middelen vrijgemaakt om tot een gemeenschappelijke, door het team gedeelde visie omtrent opvoedingsondersteuning te komen.

Ook op het vlak van het uitwerken van een opvoedingsondersteunend aanbod werd deze nood duidelijk aangevoeld. In de individuele bevraging van de teamleden (zie hoofdstuk 4) bleek namelijk al vrij snel dat er erg uiteenlopende opvattingen bestonden over de taken en verantwoordelijkheden van het MSOC naar de kinderen van onze cliënten. Volgens sommigen kan een MSOC zich niet permitteren langs de zijlijn te blijven toekijken hoe een opvoedingsproces volledig uit de hand loopt. Volgens anderen daarentegen is het primair dat wij als laagdrempelige vertrouwensdienst van druggebruikers ons niet mengen in hun opvoedingsproblemen. Kijken naar de kinderen en de opvoeding behoort tot de verantwoordelijkheid van andere diensten. Het vertrouwen dat cliënten in onze dienst stellen mag onder geen enkel beding in gevaar komen. Getracht werd om aan de hand van visieontwikkelingsmomenten tussen deze twee uiteenliggende standpunten een middenweg te vinden. Het formuleren van een missie werd tot doel gesteld.

Voor dit project werden alle teamleden (+/- 20) een tweetal keren uitgenodigd om aan visieontwikkelingsmomenten deel te nemen. Binnen de MSOC-werking verlopen deze visieontwikkelingsmomenten steeds via een gelijkaardige structuur. In een eerste deel wordt aan de hand van enkele stellingen en open vragen het thema voorgesteld. Het volledige team wordt vervolgens in een 3 à 4-tal groepjes opgedeeld, zodanig dat binnen elk groepje iemand van de verschillende disciplines plaatsneemt (verpleegkundigen, straathoekwerk, arts, hulpverlener, groepswerker,…). Binnen dit groepje worden de stellingen en open vragen bediscussieerd. In een tweede deel worden deze standpunten door elk van de groepjes in grote groep verwoord. Dit alles is aanleiding tot groepsdiscussie. Aan het einde van een dergelijk visieontwikkelingsmoment wordt een gemeenschappelijk gedeeld standpunt geformuleerd.

Deze manier van gestructureerd tijd vrijmaken voor visieontwikkeling heeft een aantal voordelen. Iedereen wordt gehoord en er ontstaat duidelijkheid omtrent welke koers er met het team gevaren dient te worden. Bovendien vermijdt men dat de mening van de personen die veel gewicht binnen een teamwerking hebben, hun stempel doordrukken. Het eindresultaat van dit proces is een duidelijke missie die zowel intern, alsook extern gepresenteerd kan worden.

2.2.2. Intervisie, supervisie en cliëntbespreking

Reeds herhaaldelijk werd beklemtoond dat hulpverleners die werken met deze gezinnen aansluiting moeten zoeken bij het waarde- en normenkader van de ouders zelf. Bewust zijn van eigen waarden en normen omtrent opvoeding en hier een werkbare afstand van creëren is noodzakelijk. Dit is een zeer moeilijk proces waarbij ondersteuning vanuit de voorziening aangewezen is.

Supervisie binnen het MSOC

Een van de belangrijke taken van de teamcoördinator van het MSOC is het coachen, begeleiden en superviseren van de individuele teamleden. Afzonderlijke, tweemaandelijkse gesprekken tussen elk teamlid en de teamcoördinator creëren de mogelijkheid om dit proces actief te ondersteunen. Vastgelopen cliëntsituaties, goedlopende begeleidingen, crisissituaties, enz. zijn aanleiding om individuele waarden en normen van de hulpverlener te bespreken, om advies aan te reiken omtrent het creëren van een werkbare afstand, om eventuele andere sporen in de begeleiding te bewandelen, enz.

Intervisie binnen het MSOC

Naast deze individuele supervisie bestaan er verschillende intervisiemomenten. Dit zijn momenten waarop teamleden onderling tijd nemen om stil te staan bij cliëntsituaties, groepswerking,…

Vooreerst zijn er de wekelijkse teamvergaderingen. Daarnaast zijn er dagelijkse, korte (30 min.) intervisiemomenten. Nieuwe informatie (bv. komende gevangenisstraf van vader, herval van moeder,…) wordt uitgewisseld, afspraken omtrent aanpak (bv. wie spreekt moeder aan over herval,…) gemaakt. Tot slot zijn er de informele momenten waarop collega's samen hun frustraties delen omtrent lopende begeleidingen, confronterende situaties,…

2.2.3. Vorming

Een kwaliteitsvol opvoedingsondersteunend aanbod impliceert een gedegen kennis en deskundigheid van de betrokken teamleden. Het aanbieden en creëren van mogelijkheden om deze kennis en deskundigheid binnen de eigen dienst te bevorderen behoort tot de verantwoordelijkheden van de beleidsgroep.

Vorming beoogt naast het vergroten van kennis ook andere doelstellingen. Wij denken onder andere aan:

- Inoefenen van specifieke vaardigheden
- Vergroten van het competentiegevoel
- Verhogen van de motivatie en de betrokkenheid.

Wie heeft nood aan vorming? Een antwoord op deze vraag hangt nauw samen met de plaats die het opvoedingsondersteunende aanbod inneemt binnen de teamwerking. Een voorbeeld kan dit verduidelijken:

> Een CGG overweegt het inrichten van een ouderschapscursus voor drugverslaafde ouders. Het is duidelijk dat de begeleid(st)er van deze cursus over kennis en expertise dient te beschikken en dus eventueel een aparte opleiding volgt. Een vorming voor andere teamleden lijkt niet aangewezen.

Een ander CGG wil via de individuele contacten tussen de hulpverleners en de drugverslaafde ouders aan opvoedingsondersteuning doen. Van elke individuele hulpverlener wordt dus een expertise verwacht. Het vormingsaanbod binnen dit CGG zal zich richten op alle hulpverleners.

Men kan een individueel vormingsaanbod uitwerken (bijvoorbeeld een individuele opleiding) of aanbod op teamniveau (bijvoorbeeld een intern vormingsmoment). Een bevraging bij de teamleden over de noden en tekorten die zij ervaren, geeft handvatten om het vormingsaanbod te bepalen.

Bij de uitwerking van het vormingsaanbod dient men rekening te houden met de mogelijkheden van de dienst. Is er financiële ruimte om mensen een externe opleiding te laten volgen? Is er iemand binnen de dienst die de nodige expertise en didactische vaardigheden heeft om zelf een vorming te verzorgen? Welke financiële middelen zijn er beschikbaar om externen een vorming te laten geven binnen de dienst?,…

Bij het overlopen van de verschillende mogelijkheden kan men een individueel aanbod en een groepsaanbod onderscheiden. Beide kunnen ofwel binnen de dienst (intern), ofwel buiten de dienst (extern) van antwoord worden voorzien. Volgend schema geeft een overzicht van de mogelijke methodieken die men kan aanwenden. In bijlage 4 vindt u een overzicht van de instanties in Vlaanderen en Nederland die vorming en opleidingen in opvoedingsondersteuning verzorgen.

	Individueel	**Team**
Intern	- Literatuur / documentatie - Individuele consulting / supervisie - Internet	- Intervisiegroepen - Vorming door teamleden - Team-consulting
Extern	- Studiedagen / workshops - Opleiding - Literatuur	- Vorming door externen - Intervisie met externe diensten

Vorming binnen het MSOC

Doorheen de verschillende fasen van het project werd de vraag naar bijscholing van teamleden steeds nadrukkelijker. Teamleden werden bevraagd naar hun noden en wensen. Waar hadden zij behoefte aan, waar ervaarden zij zelf een gebrek aan kennis en expertise,… Een aantal thema's kwam steeds terug: ontwikkelingspsychologie van het jonge kind, informatie over taalontwikkeling, pedagogische kijk op interactie moeder-kind, methodieken om deze interactie te beïnvloeden,… Op basis van deze bevraging werd een vormingsaanbod uitgewerkt.

In eerste instantie boden we elke collega een *informatiepakket* aan. Hierin werd een overzicht geschetst van de verschillende ontwikkelingsstadia van het jonge kind op taal, motoriek,… Daarenboven werd ook meer specifieke informatie in verband met taalontwikkeling en taalstimulering terbeschikkinggesteld.
In tweede instantie werden alle teamleden uitgenodigd op een *didactische teamvergadering*. Dit zijn momenten waarop rond een specifiek thema vorming wordt georganiseerd. De orthopedagoge uit het team gaf deze vorming. Het pedagogisch kader van Hellinckx (zie Hoofdstuk 3) werd uitgebreid toegelicht. Steeds werd de link naar de doelgroep gelegd. Deze vorming werd door de teamleden erg geapprecieerd en heeft een groot deel van de ervaren nood kunnen oplossen. In de toekomst worden nog dergelijke didactische teamvergaderingen gepland. Vooral de verschillende methodieken zullen hier belicht worden.

In derde instantie fungeerde één van de projectverantwoordelijken als *consultant* voor de teamleden. Teamleden die in meer individuele cliëntsituaties vastliepen, of met de handen in het haar zaten, konden met hun vragen bij haar terecht.
Tot slot werd aan teamleden de mogelijkheid geboden om ook externe vorming te volgen. Verschillende teamleden maakten hiervan gebruik. *Studiedagen en workshops* over opvoedingsondersteuning werden bezocht.

Samenvattend

In de hulpverlening hebben meerdere diensten aandacht voor opvoedingsondersteuning. Welke diensten zijn dat, bereiken zij drugverslaafde ouders, welke zijn hun mogelijkheden en grenzen? We maken hiervan een inventaris en zo mogelijk duidelijke afspraken omtrent wie, wat, in welke situatie doet. Om te vermijden dat kinderen in gevaarlijke situaties terechtkomen, is het immers noodzakelijk dat het voor de betrokken hulpverleners duidelijk is wie ingrijpt en wie niet.

Informatieuitwisseling omtrent gebruik, opvoeding is bijzonder delicaat en kan de noodzakelijke veiligheid bij de cliënt om vrijuit te spreken hypothekeren. Een casegebonden overleg, in functie van een gecoördineerd en geïntegreerd zorgaanbod, is hierbij belangrijk. Ook dan is het noodzakelijk dat de cliënt geïnformeerd en zo mogelijk betrokken wordt.

Tot slot, een deskundig aanbod aan drugverslaafde ouders met jonge kinderen vereist binnen de dienst een goede voorbereiding, een gemeenschappelijk en onderbouwde visie en permanente bijscholing en/of intervisie.

Hoofdstuk 3: De praktijk

Hoofdstuk III: De praktijk

Opvoedingsondersteuning valt of staat met het creëren van een veilig klimaat. Een vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en cliënt is hiervoor een eerste voorwaarde. Daarnaast moet men erin slagen het thema opvoeding actueel te maken en uit de sfeer van controle en dreiging te halen. Pas als aan deze voorwaarden is voldaan, kan men overgaan tot een gezinsanalyse en op basis hiervan een aanbod op maat doen.

1. Het thema opvoeding actueel maken

Het komt zeer onnatuurlijk over om aan opvoedingsondersteuning te doen, terwijl er nooit naar de kinderen werd of wordt geïnformeerd.
Schenk in het dagelijks contact met de ouders ook **aandacht aan de kinderen**:

- Informeer zelf regelmatig naar de kinderen: Wat kunnen de (kleine) kinderen al? Hoe gaat het op school?,… Gebruik hierbij steeds de namen van de kinderen.
- Geef aandacht aan de kinderen als ze aanwezig zijn.
- Maak de dienst kindvriendelijk. Met enkele aanpassingen kan men veel bereiken: speelgoed in de wachtzaal of in het gesprekslokaal, een speelhoek waar kinderen kunnen spelen tijdens de methadonverstrekking of de groepstherapie, een deur schilderen met schoolbordkrijt waar kinderen op mogen tekenen, posters of affiches ophangen, Sinterklaas laten komen, …

Tonen dat kinderen welkom zijn, door een kindvriendelijke omgeving te scheppen, maakt veel indruk op de ouders. De sfeer van dreiging en controle vermindert erdoor.

Verder is het belangrijk **expliciet te vertellen** dat cliënten op de dienst terechtkunnen met vragen over de kinderen en over opvoeding. Voor ouders die de dienst in de eerste plaats consulteren omwille van een probleem op een ander levensdomein (bijvoorbeeld een drugprobleem) is dit niet evident. Geef duidelijke en juiste informatie over volgende thema's:

- Wat men kan verwachten: antwoorden op vragen, samen zoeken, doorverwijzingen, overleg over de kinderen, brochures,… Is er één bepaalde persoon die de vragen over opvoeding opneemt of doen alle hulpverleners dit? …
- Praktische informatie: kunnen - mogen ouders hun kinderen meebrengen naar de dienst? Zijn er speciale regels of voorzieningen voor kinderen? Mogen kinderen tijdens gesprekken aanwezig zijn?
- Hoe zit het met beroepsgeheim? Wordt er informatie doorgegeven? Welk soort informatie? Aan wie? Wat is de procedure? Worden ouders hiervan vooraf op de hoogte gebracht? Moeten ouders schriftelijk toestemming geven?
- Wat gebeurt er bij crisissituaties? Worden eerst de ouders op hun verantwoordelijkheid gewezen? Worden er externe diensten ingeschakeld?
- …

Het thema opvoeding actueel maken

Om het MSOC aan onze cliënten te presenteren als dienst waar zij ook met vragen rond opvoeding terechtkunnen, werden enkele concrete inspanningen gedaan. Zo werd de deur in het methadonverstrekking lokaal met schoolbordverf geverfd. Dit gebeurde tijdens een verstrekking. Het resultaat was zeer positief. Alle cliënten zagen dat er iets aan de hand was en vroegen wat de bedoeling was. Bovendien verliep dit in een zeer positieve sfeer.
Een tweede stap was de inrichting van een speelhoek tegenover het methadonverstrekking lokaal. Dit gebeurde door hulpverleners en cliënten samen. Hier kunnen kinderen spelen terwijl de ouders hun methadon ophalen of een gesprek hebben met een hulpverlener. Ouders houden ondertussen zelf toezicht op hun kinderen. De speelhoek werd officieel geopend met pannenkoeken en poppenkast.

Alle kinderen en hun ouders werden uitgenodigd. Tijdens de poppenkast werd de boodschap gegeven dat het MSOC eindelijk had opgemerkt dat cliënten ook kinderen hebben, dat kinderen opvoeden niet altijd gemakkelijk is en dat ouders met vragen over kinderen altijd op het MSOC terechtkunnen.
Op 5 december kwam Sinterklaas op bezoek in de speelhoek voor kinderen van cliënten. Cliënten konden zich vooraf inschrijven. Alle kinderen maar ook ouders van geplaatste kinderen die niet aanwezig konden zijn, kregen een cadeautje. De aandacht voor geplaatste kinderen maakte enorm veel indruk op de betrokken ouders.

2. Gezinsgerichte pedagogische ondersteuning

2.1. Spontane vragen

Waarschijnlijk krijgen hulpverleners spontaan een aantal vragen van ouders over de kinderen. Ga na wat precies de vraag is en tracht dit te kaderen binnen het grotere geheel van informatie. Bekijk of en hoe men een antwoord kan formuleren op de vraag, of ga samen met de ouders op zoek naar een aanpak.

Een aantal vragen kan men zelf opnemen. Ze wijzen niet op onderliggende problemen en zijn niet zo moeilijk te beantwoorden. Andere vragen zijn een aanleiding om de gezinssituatie verder te analyseren. Als blijkt dat pedagogische hulpverlening aangewezen is en dat ouders bereid zijn hieraan mee te werken, kan worden doorverwezen naar andere diensten. Als pedagogische hulpverlening aangewezen is, maar ouders zijn (nog) niet bereid hieraan mee te werken, begint de taak van het motiveren. Waarschijnlijk zal je ondertussen, in het belang van het kind, zelf de situatie moeten opvolgen.

In een aantal gevallen kan het zinvol zijn een pedagoog in te schakelen die een consultfunctie voor de hulpverleners verzorgt. “Superhulpverleners” die alles weten en nooit onzeker zijn, bestaan immers niet.

Wanneer is pedagogische hulpverlening aangewezen?
Pedagogische hulpverlening is aangewezen als er sprake is van een problematische opvoedingssituatie. Dit betekent dat het pedagogisch aanbod van de ouders niet overeenstemt met de pedagogische vraag van het kind (zie verder). Aanwijzingen voor een problematische opvoedingssituatie (zonder volledig te zijn) kunnen zijn:

- De levensomstandigheden van het gezin. Is er voldoende continuïteit (huisvesting, materieel, …) aanwezig om het kind een minimum aan rust, verzorging, … en stabiliteit te geven?
- Er zijn geen of weinig steunfiguren waarop het gezin kan terugvallen: familiaal, (niet-gebruikende) partner, buurt, vrienden of institutioneel.
- Er zijn vermoedens van misbruik of verwaarlozing.
- De ouders hebben een slechte fysieke of psychische gesteldheid waardoor ze onvoldoende in staat zijn voor de kinderen te zorgen (periode van zwaar herval, depressie, …)
- Ouders beleven de opvoeding als zwaar en moeilijk.
- Kinderen vertonen ontwikkelingsachterstand, problemen op psychosomatisch vlak, op vlak van gevoelsleven (driftbuien, angsten,…) , op sociaal vlak, op vlak van activiteit en prestatie, …
- Kinderen hebben een specifieke pedagogische vraag (ADHD, autisme,…)
- Ouders weten niet hoe ze in bepaalde situaties of op bepaald gedrag van hun kind moeten reageren. Er zijn probleemsituaties in het gezin.
- Ouders voelen zich niet verantwoordelijk voor de opvoeding, zijn weinig beschikbaar of betrokken op de opvoeding. Opvoeding krijgt onvoldoende plaats naast andere taken of zaken in het gezin.
- Ouders hebben weinig inzicht in de ontwikkeling van hun kind.
- Ouders hebben een gebrek aan vaardigheden (aandacht geven, grenzen stellen, hulp bieden, sanctioneren en belonen, …).
- Het klimaat binnen het gezin en met betrekking tot opvoeding is negatief.
- ….

Voorbeelden van spontane vragen

Silke (5 jaar) praat zo onduidelijk. Is dat normaal voor haar leeftijd?

Als de hulpverlener contact heeft met het kind, kan hij zelf een inschatting maken van de spraakontwikkeling. Als hij vermoedt dat er problemen zijn, of als de ouder erg ongerust is, kan hij suggereren het kind te laten testen door het CLB.

Een moeder Marleen (verslaafd aan heroïne) merkt dat haar zoon Kim (4 jaar) zilverpapier bewaart voor haar. Als Kim een stuk chocolade heeft gegeten, geeft hij systematisch het zilverpapier aan Marleen. Marleen vraagt zich af in hoeverre Kim beseft wat ze doet met zilverpapier en wat dit betekent. Hoe moet ze hierop reageren?

Door deze vraag komt men verschillende zaken te weten:
- Kim weet inderdaad dat Marleen iets doet met zilverpapier
- Zeer waarschijnlijk heeft Kim zijn moeder al zien gebruiken

Er ontbreekt informatie over:
- De betekenis van het gedrag met het zilverpapier van Marleen voor Kim.
- Hoe staat de moeder tegenover haar kinderen: wil ze hen vertellen over haar gebruik of vindt ze het beter dat ze dit niet weten?

De vraag van Marleen kan worden opgesplitst in twee delen:
- "Wat weet mijn kind op deze leeftijd?"
- "Licht ik mijn kinderen in over mijn verslaving? Zo ja, hoe en wanneer doe ik dit?"

Enerzijds bestaat de taak van de hulpverlener erin samen met de moeder te zoeken naar haar visie en idee hierover. Anderzijds moet de hulpverlener aandacht besteden aan de beleving, het ontwikkelingsniveau en de leefwereld van het kind. Een kind van 4 jaar beseft niet dat niet alle moeders "iets met zilverpapier doen". Eigenlijk is het heel attent van Kim om zilverpapier te geven.

Aandachtspunten tijdens het gesprek zijn:
- Inzicht hebben in de verslaving van de ouder is een beschermende factor voor de ontwikkeling van het kind
- Het belang van een vertrouwensfiguur voor het kind

Deze elementen moet de hulpverlener inbrengen. De hulpverlener kan samen met de moeder verschillende manieren van reageren met hun impliciete boodschap overlopen. Marleen kan het zilverpapier aannemen (erkenning van de attentie van Kim), ze kan het gedrag negeren, ze kan aan Kim uitleggen wat ze doet met zilverpapier, ze kan Kim verbieden zilverpapier aan haar te geven, … Daarnaast is dit een aanleiding om met Marleen te bespreken wat er gebeurt als ze gebruikt,... Zijn de kinderen hierbij aanwezig?

Gerda vraagt zich af waarom haar dochtertje bij haar man wel haar pap opeet en bij haar niet.
Om deze vraag te kunnen beantwoorden, moet de gezinssituatie verder geanalyseerd worden. Gaat het hier over het hanteren van situaties (aandacht geven, grenzen stellen,…) over de vitaliteit van de ouder, over het opnemen van de opvoedingsverantwoordelijkheid,…? Hoe ernstig is de situatie objectief gezien en in de beleving van de ouder? Betreft het enkel het eten of zijn er nog andere dingen? We verwijzen hiervoor naar 3.1.2.

2.2. Een actief aanbod

Bij een aantal ouders heeft het geen zin te wachten op spontane vragen. Het is in het belang van het kind zo vroeg mogelijk te starten met opvoedingsondersteuning. De ontwikkeling van

bijvoorbeeld basisveiligheid, basisvertrouwen en hechting gebeurt in bepaalde kritische levensfasen. Een opgelopen ontwikkelingsachterstand is niet zo gemakkelijk in te halen. Het is de taak van de hulpverlener om bij deze ouders een bewustwordingsproces op gang te brengen over de gevolgen van de verslaving voor de kinderen.

Men werkt per gezin een pedagogisch aanbod **op maat** uit. Dit noemt men verder “het gezinsgericht pedagogisch aanbod”. Deze methodiek vertrekt van de feitelijke problemen of risicofactoren in dit gezin. Men verzamelt **informatie van verschillende hulpverleners** die contact hebben met het gezin (3.1.2.) over de gezinssituatie en het opvoeden (3.1.3.). Op basis hiervan stelt men een handelingsplan op (3.1.4.) dat men consequent uitvoert en regelmatig evalueert en bijstuurt. In 3.1.5. wordt ingegaan op doorverwijzen en opvolgen. Op deze manier ontstaat een minimum aan geïntegreerde en gecoördineerde hulpverlening.

2.2.1 Het gezinsgericht pedagogisch aanbod of het intern traject opvoedingsondersteuning

Om binnen één dienst per gezin een gecoördineerd en geïntegreerd aanbod te doen, wordt de volgende methodiek voorgesteld:

- Alle hulpverleners binnen de dienst die bij één bepaald gezin betrokken zijn, vormen een team en overleggen regelmatig (multidisciplinair gezinsoverleg). Dit team kan uitgebreid worden met een medewerker of supervisor die een pedagogische opleiding heeft.
- De hulpverleners die reeds betrokken zijn bij het gezin verzamelen informatie over de gezinssituatie en de opvoeding.
- Op basis van deze informatie worden een gezinsanalyse gemaakt, doelstellingen bepaald, een handelingsplan opgesteld en worden afspraken gemaakt over de uitvoering.
- De werking wordt regelmatig geëvalueerd en bijgestuurd.

Deze methodiek kan men beschouwen als een ‘**intern gezinsgericht traject** omtrent opvoedingsondersteuning’. Zelfs binnen eenzelfde instantie worden er soms ongewild aan dezelfde cliënten door verschillende medewerkers verschillende boodschappen over opvoeding gegeven. Door een traject uit te werken waarbij in team een analyse, doelstellingen, methodieken en een taakverdeling worden opgesteld, ontstaat een minimum aan geïntegreerde en gecoördineerde hulpverlening. Een traject houdt in dat men op langere termijn denkt, werkt en het gezin opvolgt. Men probeert **opvoedingsspanningen** (opvoedingsvragen dreigen uit te lopen tot een probleem – er is behoefte aan informatie en advies), **opvoedingscrisis** (ouders kunnen de situatie nauwelijks nog aan, de pedagogische aanpak wordt zeer incidenteel en inconsequent, hulp is noodzakelijk) en **opvoedingsnood** (problemen zijn hardnekkig, chronisch en complex; er is nood aan intensieve deskundige hulp) te voorkomen, tijdig te signaleren en tijdig hulpverlening in te schakelen (Kousemaker, 1997).

Het cliëntoverleg kan uitgebreid worden met medewerkers van externe diensten. Naast het eigen aanbod kan er beroep gedaan worden op het aanbod van andere organisaties.

Het intern traject opvoedingsondersteuning

Keuze van de gezinnen

Het was onmogelijk om rond alle gezinnen een multidisciplinair gezinsoverleg te starten. Daarom werden 6 gezinnen gekozen. Dit gebeurde op de volgende manier. Vanuit de registratiegegevens werd een overzicht gemaakt van alle cliënten met kinderen die in aanmerking kwamen voor deelname binnen dit project.
De verdere selectie gebeurde aan de hand van de volgende criteria:
- Ouders met jonge kinderen (<6 jaar)
- Frequentie van contact van de hulpverlener(s) met de leden van het gezin
- Plaats van hulpverlening (in Genk of in een antenne)
- Bereidheid en mogelijkheid van de hulpverlener tot intensief meewerken in dit project
- Nationaliteit van de cliënten (in functie van de interculturele bemiddelaars)

Op basis van deze criteria werden 6 gezinnen geselecteerd: 3 gezinnen binnen MSOC Genk, 2 buiten Genk (in de regionale antennes), en 1 gezin van Marokkaanse afkomst. Vijf van de zes multidisciplinaire teams kwamen regelmatig samen. Omwille van praktische redenen raakte het zesde overleg nooit opgestart.

Opvallend was dat omtrent twee gezinnen die niet geselecteerd waren voor het project een soortgelijk informeel overleg werd opgestart. Het ging hierbij om een gezin waarvan de moeder veel vragen had omtrent de opvoeding en om een gezin waarin weinig stabiliteit was, en waar de hulpverlener zich erg bezorgd toonde om het kind.

Aandachtspunten zijn:

- Ouders van kinderen die uithuisgeplaatst werden. Hoe beleven zij deze plaatsingen? Hebben zijn nog contacten met de kinderen? Hoe verlopen deze contacten? Is er een perspectief waarop de kinderen terug naar huis mogen? …
- Het betrekken van vaders bij de opvoeding van de kinderen. Opvoedingsondersteunende initiatieven richten zich vaak in de eerste plaats op moeders. Het betrekken van vaders bij deze initiatieven verhoogt de kans op succes. Vaders moeten immers toestemming geven aan hun partners om deel te mogen nemen en om vrijuit te mogen spreken. Daarnaast hebben ook vaders nood aan vaardigheden, inzichten,…
- Een aantal verslaafde vaders heeft weinig of geen contact meer met hun kinderen. Vaders bevragen wat dit voor hen betekent, mogelijkheden onderzoeken om contacten herstellen,… kunnen belangrijke werkpunten zijn.
- Allochtone gezinnen. Opvoeding is bijzonder waardengevoelig (bijvoorbeeld de positie van jongens tegenover meisjes, de taakverdeling van de ouders met betrekking tot opvoeding,…). Dit wordt het duidelijkst bij allochtone gezinnen. Het inschakelen van interculturele bemiddelaars in het kader van opvoedingsondersteuning is uitermate nuttig.

2.2.2. Informatie verzamelen

Een eerste stap in het uitwerken van een aanbod op maat is zicht krijgen op de sterke en zwakke kanten van de gezinssituatie. Het analyseren van de gezinssituatie bij drugverslaafde ouders met kinderen is nog meer dan bij andere doelgroepen een continu proces. Er veranderen vaak op korte tijd zoveel factoren (huisvesting, therapeutische opnames, gevangenschap, wisselende partners,…) dat men aanhoudend zaken moet herzien en bijsturen. De voorspelbaarheid vergroten voor de kinderen, is op zich een werkpunt in deze gezinnen.

Bij de gezinsanalyse verzamelt men **informatie over**:

- de klachten en verwachtingen van ouders en kind

- de motivatie om in opvoeding te investeren
- het gezin als systeem (subsysteemkenmerken, algemene gezinskenmerken, gezinscontext en persoonskenmerken van de verschillende gezinsleden – zie 3.1.3.)
- het opvoedproces met het pedagogisch aanbod van de ouders (wijze van in relatie treden van ouders met het kind, het opvoedingsklimaat, de situatiehantering) en de pedagogische vraag van het kind (zie 3.1.3.)

Via verschillende **methodieken** kan informatie worden verzameld:
- via gesprekken
- via observatie van de interactie van ouders en kinderen
- via pedagogische spelobservatie van de kinderen – in bijlage 3 vindt u "het Leuvens analytisch schema voor pedagogische spelobservatie" (Hellinckx, s.d.)
- via vragenlijsten (bijvoorbeeld Nijmeegse vragenlijst voor gezinsobservatie -NVOS (Robbroeckx & Wels, 1988), Coderingssysteem van Wahler, House en Stambough (Delvaux, 1985), Gezinsklimaatschaal - GKS (De Coole & Jansma, 1983, Jansma, 1988),…
- via observatieschalen (bijvoorbeeld Sociale angstschaal voor kinderen SAS-K (Dekking, 1983), Depressievragenlijst voor kinderen (De Wit, 1987),…)
- via participerende gezinsobservatie waarbij men in de natuurlijke situatie (huisbezoek) observeert terwijl men actief deelneemt aan bepaalde aspecten van het gezinssysteem
- …

Wie verzamelt deze informatie?

Men kan kiezen voor één persoon die zich enkel met de opvoedingsondersteuning bezighoudt en die alle informatie verzamelt. Daarnaast kunnen verschillende personen die contacten hebben met dit gezin informatie verzamelen en inventariseren (bijvoorbeeld de arts, de drughulpverlener,…). Hierbij kan men ervoor kiezen enkel mensen **uit de eigen dienst** of ook **externen** (CLB,…) te betrekken. Als verschillende mensen informatie verzamelen, moet er een overleg plaatsvinden waarop de informatie wordt uitgewisseld, een handelingsplan wordt uitgewerkt en een taakverdeling wordt afgesproken.

Multidisciplinair gezinsoverleg

Bij de zes geselecteerde gezinnen werkten we systematisch aan de opvoedingssituatie van de kinderen via de hulpverleners die reeds contact hadden met het gezin. Per gezin werd een multidisciplinair gezinsoverleg samengesteld bestaande uit de ambulant drughulpverlener, de arts, de verpleegkundige, een medewerker van het project opvoedingsondersteuning en eventueel de straathoekwerker of de intercultureel bemiddelaar. Bij sommige gezinnen werd de groep uitgebreid met andere medewerkers die een goed contact met de cliënt hadden (begeleider van de kooksessies, begeleidster van de vrouwengroep,…).

Bij de eerste bijeenkomst vulde iedere medewerker een gezinsanamneselijst in (bijlage 3). Er werd een inventaris gemaakt van de informatie die beschikbaar was bij de hulpverleners. Een aandachtspunt hierbij waren de eventuele weerstanden van de cliënten om het onderwerp opvoeding te bespreken. Op basis van dit eerste overleg werd per gezin gekeken naar mogelijke aanknopingspunten en invalshoeken. Een belangrijk aspect van de eerste vergadering was de afspraak omtrent het aanbrengen van het traject opvoeding. Hoe doen we dit en wie neemt dit op zich?

Daarnaast werd nagegaan of er andere diensten, gespecialiseerd in pedagogische ondersteuning, actief waren in het gezin. Indien dit het geval was, werd aan de cliënten gevraagd of we contact met

de betrokken dienst en persoon mochten opnemen, zodat we inhoudelijk konden aansluiten bij hun werking. Steeds werd een aantal werkpunten en een taakverdeling afgesproken.

Methodieken om informatie te verzamelen

De meeste informatie werd verkregen op basis van gesprekken tussen hulpverleners en ouders en op basis van observaties van de interactie tussen ouders en kinderen. Deze observaties gebeurden in verschillende situaties: in individuele contacten tussen de ouder, het kind en een hulpverlener, tijdens de methadonverstrekking, tijdens groepsactiviteiten en kooksessies (en hieraan gekoppeld eetsituaties), … Daarnaast werd met enkele kinderen een pedagogische spelobservatie gehouden. Terwijl de ouders een gesprek hadden of aan het koken waren, werd het kind apart genomen en speelde een medewerker met het kind. In sommige gevallen werd er ook thuis geobserveerd, tijdens huisbezoeken, door de straathoekwerker, …

Het aanbrengen van het traject opvoedingsondersteuning bij de ouders

De opvoedingsondersteuning werd naar de cliënten vertaald als een traject. Dit werd besproken met de gezinnen. We kozen ervoor hen niet in te lichten over het multidisciplinair gezinsoverleg omdat we dachten dat dit te bedreigend zou zijn. Tegelijkertijd met de start van het multidisciplinair gezinsoverleg werd ook in het algemeen aan alle cliënten (met kinderen) de boodschap gegeven dat we meer aandacht aan opvoeding wilden besteden. Dit voorkwam dat ouders zich gingen afvragen waarom zij gekozen waren voor het project.

2.2.3 Analyse van de gezinssituatie en de opvoeding[3]

Een aanbod op maat van het gezin vereist voorafgaandelijk een analyse van de reële gezins- en opvoedingssituatie. Daarvoor kan gebruik gemaakt worden van volgend gezinspedagogisch kader.

> In de kleine tekst wordt dit gezinspedagogisch kader vertaald naar drugverslaafde ouders. In tegenstelling tot ons betoog om bij drugverslaafde ouders steeds een feitelijke analyse van de gezinssituatie uit te voeren, wordt in dit deel een aantal algemene kenmerken van de opvoeding in gezinnen met verslaafde ouders gegeven. Het gaat over algemeenheden en wellicht ook over stereotypen. Dit betekent dat ze gelden voor een bepaalde groep maar zeker niet voor alle gezinnen met een verslaafde ouder.

In de analyse hebben we aandacht voor factoren die verbonden zijn met:

- het gezin
- het opvoeden

Factoren verbonden aan het gezin

1. **De gezondheid** van een kind heeft een belangrijke invloed op zijn ontwikkelingsproces. Ook de **ziekte van andere gezinsleden** brengt spanningen in het gezin teweeg die hun

[3] Als uitgangspunt voor dit deel van de tekst werd beroep gedaan op **Hellinckx, W., Gezinsgerichte pedagogische hulpverlening met betrekking tot gedragsstoornissen. S.d., Leuven: Afdeling Orthopedagogiek.** In dit deel wordt het gezinspedagogisch kader samengevat en vertaald naar drugverslaafde ouders. Voor uitgebreidere informatie verwijzen we u naar de originele tekst.

invloed hebben op de opvoeding, onder andere door de drastische vermindering van opvoedingsbeschikbaarheid die hiermee gepaard gaat.

Zowel bij de ouders als bij de kinderen zijn er vaak gezondheidsproblemen. Ouders hebben te maken met eventuele onthoudingsverschijnselen, ziekten ten gevolge van de verslaving (hepatitis,…), een zwakke gezondheid omwille van de ongezonde levensstijl,… Kinderen kunnen gevolgen ondervinden van het druggebruik van de moeder tijdens de zwangerschap, gezondheidsproblemen hebben als gevolg van slechte eetgewoonten, slechte huisvesting,… Bovendien worden ziekten bij kinderen niet steeds goed behandeld (ontbreken aan financiële middelen om naar een arts te gaan, therapieontrouw,…).

2. De **stabiliteit van de persoonlijkheid** van de opvoeders en de hoeveelheid energie waarover ouders beschikken om open te staan voor en gericht te zijn op de kinderen zal een invloed hebben op de opvoeding.

De verslaving en de hiermee samenhangende levensstijl zorgen ervoor dat ouders minder energie over hebben om iedere dag opnieuw te investeren in hun kinderen.
Sommige ouders zoeken zelf een oplossing om hiermee om te gaan. Valère, een vader van drie kinderen, is alleen gaan wonen. De kinderen wonen bij de niet-gebruikende moeder. Valère geeft aan dat het hem niet lukt een hele week vader voor zijn kinderen te zijn. Nu ziet hij zijn kinderen elke woensdagnamiddag en bepaalde momenten in het weekend. Dit loopt goed. Hij kan zijn gebruik op deze momenten onder controle houden. Zijn kinderen zien hem steeds nuchter, hij houdt zich aan de afspraken en beloften,...

3. **De opvoedingsgeschiedenis van de gezinsleden**. Elke ouder brengt de eigen opvoeding mee in de relatie met zijn kinderen. De eigen ervaring speelt een belangrijke rol in het opvoedend handelen. Sommigen verwerpen de opvoedingsmethoden en idealen van hun ouders terwijl anderen hun oorspronkelijk gezin willen kopiëren.

Ouders willen hun kinderen beter opvoeden dan zij zelf door hun ouders zijn opgevoed. We zien echter dat kinderen van drugverslaafde ouders in een aantal gevallen (vrijwillig) geplaatst worden bij de grootouders, of dat ze er veel verblijven.

4. **De partnerrelatie van de opvoeders.** De stabiliteit en bevrediging van de relatie tussen de opvoeders is bepalend voor de opvoedingsrelatie. Aanwezigheid van emotionele uitwisseling tussen de partners, de onderlinge communicatie en het karakter van de relatie spelen hierbij een rol.

De verslaving is een zware belasting voor de partnerrelatie, waardoor er een grote kans is op relatieproblemen. Indien er een niet-gebruikende partner is, krijgt deze vaak de verantwoordelijkheid voor de gehele opvoeding, wat zwaar kan wegen. In de drughulpverlening merken we dat verslaafden vele wisselende partners hebben die zelf ook verslaafd zijn.

5. **De siblinggroep**. Hiermee bedoelen we de interactie tussen de broers en zussen. De manier waarop zij met elkaar omgaan bepaalt mee hoe de opvoedingsfunctie in het gezin vervuld wordt. Factoren als het aantal kinderen, de plaats in de kinderrij, de leeftijdsverschillen, de verdeling over de geslachten,… zijn belangrijk.

De broers en zussen kunnen een belangrijke beschermende factor zijn. Een goede relatie tussen de kinderen onderling kan het sociaal isolement van de kinderen een stuk doorbreken. Tussen broers en zussen speelt het taboe van

de verslaving minder. Het geheim wordt een gedeeld geheim waardoor het minder zwaar weegt.

De oudste kinderen krijgen al zeer vroeg een verzorgende rol voor de jongere broers en zussen. Kinderen moeten op jonge leeftijd veel verantwoordelijkheid nemen met als gevolg dat, als er dingen mislopen, ze zichzelf schuldig voelen en een falen ervaren. Dit kan hun eigen ontwikkeling belemmeren.

6. **De gezinsorganisatie.** Dit is de wijze waarop gezinsleden globaal genomen met elkaar omgaan. Twee belangrijke concepten hierbinnen zijn het begrip “grens” en “macht”. Door de wijze waarop de afgrenzingsprocessen verlopen kunnen we een gezin als geheel situeren op een continuüm met als extremen “kluwengezin” en “los-zand-gezin”.

   Kinderen nemen in deze gezinnen vaak een verzorgende rol op ten aanzien van de ouders (parentificatie). De afgrenzing tussen generaties is verstoord. Ann (moeder) is onder invloed van heroïne op het moment dat de deurbel gaat. Titia (13 jaar) verwijdert het zilverpapier uit de living, doet de deur open en staat de bezoeker te woord.

   Bij het bewaren van het geheim van de verslaving staat het “wij” enorm sterk op de voorgrond in deze gezinnen. Niemand mag weten wat er aan de hand is, al gaat het ten koste van het welzijn van het kind. Kinderen zijn onvoorwaardelijk loyaal aan hun ouders. Als hulpverlener moet je dit steeds respecteren.

7. **De materiële mogelijkheden van het gezin.** De financiële mogelijkheden, de huisvesting, de inrichting van de woonruimte, de aanwezigheid van speelgoed,… hebben een belangrijke invloed op hoe de opvoeding verloopt. Vooral in gezinnen in financiële problemen is dit duidelijk.

   Verslaving heeft grote financiële gevolgen. Verslaafde ouders hebben meestal schulden, komen in aanraking met justitie omwille van druggerelateerde delicten,… Een belangrijk gevolg is het frequent verhuizen. Dit betekent elke keer een aanpassing voor het kind, zeker als het verhuizen gepaard gaat met een andere school,... Kinderen worden in een aantal gevallen teleurgesteld in verband met materiële verwachtingen ten aanzien van ouders: Sinterklaas die niets voor hen brengt,…
   Anderzijds zien we bij een aantal gezinnen een grote materiële verwenning van de kinderen. Vaak heeft dit te maken met schuldgevoelens van de ouders. Ook een materiële vertaling van “mijn kind zal niets tekort komen” kan verwenning tot gevolg hebben.

8. **De familiale omgeving.** De contacten met en de positie in de ruimere familie staan in directe relatie tot het gezinsfunctioneren en de opvoeding. Deze invloed kan faciliterende en inhiberende aspecten hebben.

   In de meeste gevallen is de relatie met de familie problematisch. Een aantal druggebruikende ouders heeft geen of sporadisch contact met de familie. Anderzijds zijn familieleden de belangrijkste steunfiguren bij de opvoeding van de kinderen. Als familieleden de ouderrol overnemen van de biologische ouders kan dit een strijdpunt worden.
   Voor de kinderen kunnen familieleden belangrijke vertrouwensfiguren zijn. In andere gevallen geldt er een verbod om familieleden te vertellen wat er thuis gebeurt.

9. **De buurt en vriendenkring**: Ook de buurt en de vrienden hebben een invloed op het gezinsfunctioneren en de opvoeding. Ook hier kan deze invloed faciliterende en inhiberende aspecten hebben.

Vele drugverslaafde ouders leven in een sociaal isolement. Ze hebben weinig contacten met de buurt. Als er een "vriendenkring" is, bestaat deze grotendeels uit gebruikende personen. Ook kinderen van drugverslaafde ouders hebben een aanzienlijke kans in een sociaal isolement terecht te komen. Zij kunnen moeilijk speelkameraadjes mee naar huis nemen, vallen uit de boot met verjaardagsfeestjes, zijn regelmatig afwezig op school, mogen niet vertellen over papa die in de gevangenis zit, …

10. **De institutionele omgeving.** Hierbij denken we aan de kerk, de school, het gerecht, andere hulpverleners,…

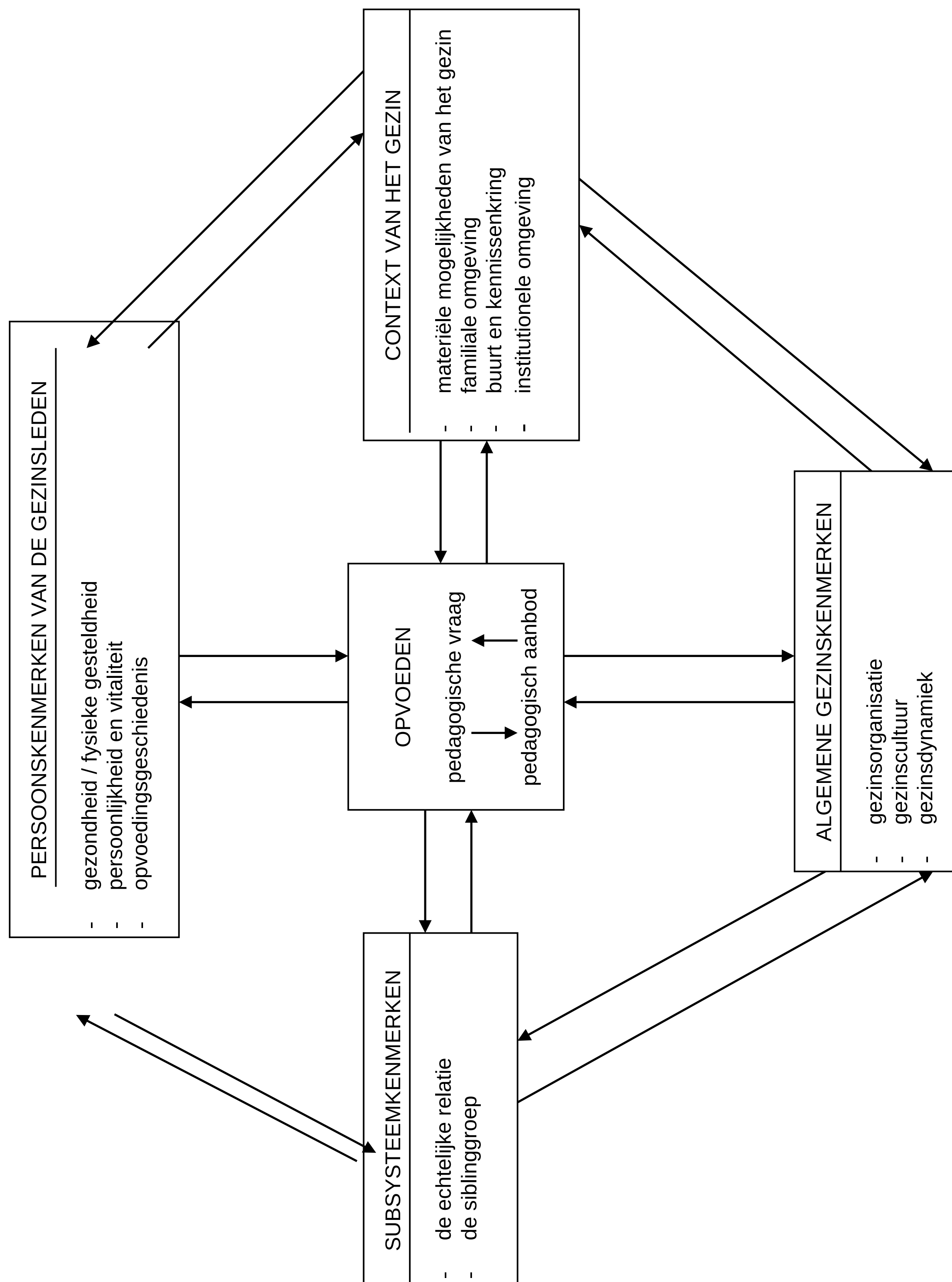
De school kan een belangrijke stabiliserende factor zijn in het leven van kinderen van drugverslaafde ouders. Een goede school waar kinderen gedurende een lange periode kunnen blijven, en waar kinderen eventueel over een vertrouwensfiguur beschikken, kan een grote positieve invloed op de ontwikkeling hebben.
Voor een aantal druggebruikers is het hulpverleningsnetwerk hun belangrijkste sociaal netwerk. Het opbouwen van een relatie met kinderen van verslaafden en het verminderen van hun sociaal isolement, kan een belangrijke taak zijn van hulpverleningsinstanties. Als centra op de hoogte zijn van de verslavingsproblemen, kunnen zij mits toestemming van de ouders, ook een vertrouwensfunctie voor de kinderen krijgen. Het organiseren van een kindergroep met als doelstelling de verwerking van de verslaving van de ouders, is hier een voorbeeld van.

11. **Opvoedingshulp is soms onvoldoende of zelfs ongewenst.** Een aantal kenmerken van het gezinssysteem kan sterk interfereren met de opvoeding en kan ervoor zorgen dat opvoedingshulp niet volstaat of zelfs ongewenst is.

In gezinnen waar één of beide ouders verslaafd zijn, zien we dit per definitie voorkomen. De factor verslaving heeft meestal een grote invloed op de opvoeding van de kinderen. Het onder controle krijgen van een verslaving is moeilijk, gaat met ups en downs en vraagt tijd. De oorzaak van de verslaving is meestal complex en heeft ook een invloed op het gezinsfunctioneren. Het uitgangspunt voor opvoedingsondersteuning bij drugverslaafde ouders is dat de verslaving een gegeven is waaraan wordt gewerkt, maar dat niet op korte termijn opgelost zal zijn. In die zin is de verslaving een gegeven waarmee je rekening moet houden en waarbinnen je kan werken aan opvoedingsondersteuning. Zoals eerder gesteld werd, kan de opvoeding van de kinderen een positieve invloed hebben op de verslaving. Dit kan via een positieve ervaring maar ook via het zich bewust worden van de gevolgen van de verslaving voor de kinderen. Andersom zal een verslaving van één van de ouders steeds een risicofactor zijn voor de opvoeding van de kinderen. Opvoedingsondersteuning moet gericht zijn op het beperken van de gevolgen van de verslaving voor de kinderen en op het versterken van aanwezige krachten binnen het gezin.

Kinderen van drugverslaafde ouders leven vaak in een weinig gestructureerde en een weinig voorspelbare omgeving. De voorspelbaarheid van gebeurtenissen vergroten is een aandachtspunt. Voorspelbaarheid neemt angst weg en biedt overzicht. Stabiele factoren zoals dezelfde school, elke dag naar school, opvang bij dezelfde persoon, slapen gaan op hetzelfde uur, in het eigen bed,… zijn werkpunten bij deze gezinnen. Het installeren van rituelen kadert hierbinnen (samen eten, verhaaltje voor het slapen gaan,…).

In onderstaand schema worden de belangrijkste factoren samengevat.



Figuur 1: Opvoeding als deel van het gezin als systeem

Casus: Patrick (33 jaar), Inge (25 jaar) en Lies (3 jaar)

1. Klachten en verwachtingen van ouders en kind

Klachten:

- Lies vertoont op bepaalde momenten probleemgedrag:
  - plassen op de vloer in plaats van naar het toilet te gaan (enkel thuis)
  - 's nachts wakker worden en uit bed komen
  - nachtmerries
  - slecht eten
  - wil niet gaan slapen
- Lies is te dik voor haar leeftijd en heeft hier last van: ze wordt ermee gepest, is snel moe, heeft veel last van de warmte, …
- Lies spreekt onduidelijk

Beide ouders, maar hoofdzakelijk Inge, formuleert deze klachten. De klachten worden niet enkel in termen van probleemgedrag van Lies aangegeven maar ook als probleemsituaties waarbij de interactie van henzelf een rol speelt.
Inge vertelt bijvoorbeeld:
Lies wordt 's nachts wakker. Patrick wordt kwaad als Lies hem wakker maakt, waardoor Inge snel opstaat en Lies chocomelk geeft totdat Lies terug in slaap valt. Inge legt een verband tussen:

- het geven van chocomelk
- het steeds roepen van haar ouders als ze wakker wordt
- het overgewicht van Lies (obesitas)

Verwachtingen ten aanzien van het MSOC:

De ouders hadden weinig verwachtingen naar het MSOC. Dit is te verklaren vanuit het feit dat het MSOC zich niet profileerde als een dienst die werkt aan opvoedingsondersteuning. Wel kwam het thema opvoeding spontaan ter sprake. Inge formuleerde een vraag naar pedagogische ondersteuning en werd hiervoor doorverwezen naar een thuisbegeleidingsdienst. De thuisbegeleiding werd opgestart.

2. De motivatie om in opvoeding te investeren

Beide ouders zijn gemotiveerd om in de opvoeding te investeren. De vraag van Inge naar thuisbegeleiding wijst hierop. Patrick laat deze thuisbegeleiding toe wat uitzonderlijk is. Toch merken we bij beide ouders angst voor plaatsing van Lies. Dit concretiseert zich in vragen over de samenwerking en het doorgeven van informatie van de thuisbegeleidingsdienst naar het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg.

3. Analyse van het gezin:

Persoonskenmerken:

Inge en Patrick zijn beiden verslaafd aan heroïne en nemen deel aan het methadonprogramma. Ze hebben één dochter Lies. Bij moeder is er sprake van een borderline-persoonlijkheidsstoornis. Beide ouders hebben beperkte intellectuele mogelijkheden. Patrick kan bijvoorbeeld zeer slecht schrijven. Inge heeft een laag zelfwaardegevoel. Ze verklaart dit doordat ze in een school voor buitengewoon onderwijs heeft gezeten. Inge en Patrick zijn weinig vitaal. Maanden na de verhuis, is het huis niet ingericht, zijn de dozen niet uitgepakt, … Inge heeft het moeilijk met het huishouden. Soms neemt ze speed om het huis op te ruimen, maar ook dan lukt dit vaak niet.
Lies is een vrolijk en sociaal kind.

Eigen opvoedingsgeschiedenis:

Beide ouders hebben een problematische opvoeding gehad. De moeder van Patrick is vroeg gestorven. Patrick was erg gehecht aan zijn moeder en heeft na haar overlijden een zelfmoordpoging ondernomen. Patrick's vader heeft hier met fysiek geweld op gereageerd.
De moeder van Inge had altijd vele wisselende partners. Ze drinkt veel alcohol. Inge is niet tevreden over haar eigen opvoeding. Ze heeft buitengewoon onderwijs gevolgd "omdat haar broer op deze school zat en het gemakkelijker was dat zij daar dan ook naartoe zou gaan". Inge ervaart het als een gemis dat ze nooit goed met haar ouders heeft kunnen praten.

Subsysteemkenmerken:

Inge en Patrick overleggen met elkaar over een aantal zaken, onder andere over de opvoeding van Lies.
Inge en Patrick spreken over echtscheiding. De dreiging hiervan bestaat reeds verschillende jaren. Af en toe worden er concrete stappen ondernomen (raadplegen van een advocaat,...) maar tot nu toe heeft dit geen gevolgen voor de leefsituatie van Inge en Patrick. Motieven voor de echtscheiding zijn relatieproblemen maar ook financiële bekommernissen (Inge wil geen schulden van Patrick meer betalen, ongehuwd hebben ze beiden recht op een hoger inkomen,...).

Context:

Het gezin kampt met financiële problemen. Er is budgetbegeleiding bij het OCMW. Inge probeert schulden af te betalen. Met periodes slaagt Inge hier redelijk goed in. Andere periodes, waarin het gebruik op de voorgrond staat, zijn er acute financiële problemen (onvoldoende geld voor eten,…). Inge werkt sporadisch in de prostitutie. De voorbije periode heeft Patrick verschillende keren de kans gehad via interim-arbeid als arbeider te werken. Hij is nooit komen opdagen. Vroeger heeft Patrick wel periodes gewerkt.

Steunfiguren:

Er zijn contacten tussen het gezin en de moeder van Inge. Zij nodigt het gezin regelmatig uit bij haar te komen eten. Af en toe let deze grootmoeder op Lies.
Het grootste deel van de sociale contacten speelt zich af bij drugverslaafde vrienden. Inge heeft één vriendin die niet verslaafd is, maar waar ook een aantal problemen zijn (justitie, plaatsing van kinderen,…).

Institutionele omgeving

Er hebben enkele PAO's plaatsgevonden waarop de ouders, het OCMW, het MSOC en het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg aanwezig waren. De contacten met het MSOC zijn wisselend maar over het algemeen positief. De hulpverleners (arts, verpleegkundige, maatschappelijk assistent die hen begeleidt in het kader van justitie, straathoekwerker, psycholoog en begeleider van groepsactiviteiten) vragen zich soms af of het gezin niet te veel afhankelijk wordt van hen.
Een medewerker van de pedagogische thuisbegeleidingsdienst Opzet komt op vraag van Inge aan huis.
Lies gaat op 3-jarige leeftijd nog niet naar school. Er zijn plannen om haar in september naar school te laten gaan maar eind augustus hebben Patrick en Inge hiervoor nog geen stappen ondernomen.

Het opvoeden

Hellinckx (s.d.) definieert opvoeden als volgt:

> *"Gezinsopvoeding is een complex fenomeen dat verweven is met alle andere aspecten van het gezin. Wij gaan ervan uit dat de kern van dit gezinsaspect te herleiden is tot de interacties tussen een kind en een opvoeder (meestal een natuurlijke ouder). Dit noemen we het* ***opvoeden****. Wij typeren het opvoeden*

als een complementair en circulair proces. Met complementair bedoelen we dat de opvoeder en het kind in gelijke mate bijdragen aan het proces en elkaar daarin veronderstellen, terwijl we met circulair aangeven dat ze in die bijdrage voor een groot deel door de ander beïnvloed zijn. In het opvoeden krijgt het kind ontwikkelingskansen en realiseert de opvoeder zich als opvoeder. Hoe die ontwikkeling zal verlopen en wat voor een opvoeder de ouder wordt, is afhankelijk van het concreet samenspel van de twee componenten van dit interactieproces."

De vertaling van de ontwikkelingsnoden van het kind naar de concrete interacties met zijn opvoeders, noemt men de **pedagogische vraag van het kind**. Hiertegenover staat het **pedagogisch aanbod** van de opvoeder of het aandeel van de opvoeder in het interactieproces met het zich ontwikkelend kind. Naarmate het pedagogisch aanbod harmonieert met de vraag van het kind, verhogen de kansen dat de opvoeding optimaal verloopt. **Problematische opvoedingssituaties** worden gekenmerkt door een discrepantie tussen de pedagogische vraag van het kind en het pedagogisch aanbod van de ouders.

Het pedagogisch aanbod van de ouders kan men in principe rechtstreeks waarnemen via observatie. De pedagogische vraag van het kind kan men enkel indirect op het spoor komen. Dit moet men 'aflezen' uit het gedrag van het kind. De pedagogische vraag van het kind correspondeert met die pedagogische handelingen waarop het met adequaat gedrag reageert. "Adequaat gedrag" is gedrag dat aangepast is aan de eisen van de situatie en aan de mogelijkheden van het kind.

Wardje (4 jaar) moet naar het toilet. Moeder Karine helpt hem. Ze heeft een ring aan haar vinger van haar man die 2 jaar geleden overleden is. De ring valt in de WC. Karine zegt tegen Wardje: "niet doortrekken". Wardje trekt door, de ring is weg en Karine loopt roepend op Wardje door de gang. Wardje zoekt bescherming bij zijn zusje Fientje (6 jaar).

Wat is de pedagogische vraag van Wardje:
- Aandacht?
- Consequentere reactie bij regelovertreding?

Om dit uit te vinden, moeten we nagaan of het regelovertredend gedrag verdwijnt door Wardje meer aandacht te geven of doordat Karine consequenter optreedt als Wardje een regel overtreedt.
Een ander aandachtspunt is de positie van zus Fientje. Is er sprake van parentificatie?

Bij de opvoeders kan men **acht factoren** onderscheiden die sterk **samenhangen met hun pedagogisch aanbod** (Hellinckx, s.d.). Deze factoren krijgen inhoud vanuit de pedagogische interactie en mogen niet beschouwd worden als statische factoren van de opvoeders.

1. De **opvoedingsverantwoordelijkheid**: het gevoel van persoonlijke verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van de kinderen. Dit gevoel bepaalt de wijze waarop de ouders met hun kinderen omgaan.

Drugverslaving heeft zeker niet automatisch tot gevolg dat ouders zich niet verantwoordelijk voelen voor de opvoeding van de kinderen. Dit uit zich in de angst voor en heftige reacties op de plaatsing van het kind. Bij de analyse van de gezinssituatie is het belangrijk na te gaan of ouders zich verantwoordelijk voelen voor al hun kinderen. Sommige ouders voelen zich wel verantwoordelijk voor het ene kind, maar niet voor het andere.
Dit is een aandachtspunt bij drugverslaafde ouders die geen of weinig contact hebben met hun kinderen. Hebben zij een gevoel van opvoedingsverantwoordelijkheid? Hoe willen en kunnen ze dit vorm geven?

In nieuw samengestelde gezinnen is het aangewezen te kijken hoe de stiefouder deze verantwoordelijkheid beleeft. Hiertegenover staat de reactie van het kind: accepteert het kind deze rol van de stiefouder?

2. De **opvoedingsbeschikbaarheid**: de effectieve tijd dat ouders ter beschikking zijn voor pedagogische interacties.

   Een aantal drugverslaafde ouders -meestal moeders- spendeert veel tijd samen met hun kinderen. Zij zijn veel beschikbaar. Als ouders onder invloed zijn kunnen ze de veiligheid van het kind niet garanderen. Men kan hier nauwelijks nog van beschikbaarheid spreken.
   De beschikbaarheid kan worden beperkt door therapeutische opnames of door gevangenschap.

3. De **opvoedingsbetrokkenheid**: het daadwerkelijk contact met het ontwikkelend kind.

   Men kan contact maken met het kind door het te verzorgen, te spelen, samen erop uit te trekken,… In gezinnen waar het druggebruik centraal staat, zal er weinig tijd en energie overblijven om te investeren in de kinderen. Kinderen worden soms meegenomen bij activiteiten in het kader van de verslaving.
   Kinderen kunnen ook de trots van drugverslaafde ouders zijn. Dit uiten ze door hun kinderen tot in de puntjes te verzorgen.
   Sommige dingen die voor ons evident zijn, kunnen voor deze ouders zeer moeilijk zijn. Samen in een boekje kijken, moest eerst voorgedaan worden door een begeleider, voor de moeder dit zelf deed.

4. De **visie op opvoeden.** Hoe ouders denken over opvoeding. Wat is hun ideaalbeeld van opvoeding? Hoe denken ze over het kind-zijn en het opvoeder-zijn? Welke zijn hun doelstellingen op korte en lange termijn?

   Opvoedingsdoelen worden mee bepaald door de waarden van de ouders, door de reactie op de eigen opvoeding en op hun eigen bestaan en door algemeen gebruikelijke dingen. Drugverslaafde ouders zijn over het algemeen ontevreden met hun bestaan. Ze willen dat hun kinderen het beter doen dan zijzelf. Dit kan een hoge druk op de kinderen leggen. Grotere kinderen kunnen zich afzetten tegen de doelen van hun ouders. Dit hoort bij het proces van losmaken van de ouders. Zij willen hun eigen doelen realiseren.

5. De **beleving van de opvoeding**: hoe ervaart men de opvoeding? Eerder als sturen, als zorgen of als verbonden-zijn? Hoe beleven ouders de pedagogische vraag van hun kinderen? Is er sprake van herkenning en acceptatie?

   De beleving van de opvoeding door de ouders is een belangrijk instrument voor het inschatten van de kwaliteit van de opvoeding. De mate waarin ouders zichzelf als competent inschatten, de satisfactie die ze aan de opvoeding beleven en de mate waarin ze de ouderlijke rol als een inperking van vrijheid ervaren staan in relatie tot de kwaliteit van het handelen (Groenendaal en Dekovic). Drugverslaafde ouders zullen enkel over dit thema spreken in relaties waarin ze zich niet moeten bewijzen als ‘goede ouder’.

6. Het **inzicht in de ontwikkeling** van kinderen: de manier waarop aan opvoeden concreet gestalte wordt gegeven, houdt sterk verband met het inzicht in het kinderlijk ontwikkelingsproces. Daarnaast is inzicht hebben in en het aanvaarden van de eigen aard van dit kind belangrijk.

   Een aantal verslaafde ouders is ervan overtuigd dat jonge kinderen geen gevolgen ondervinden van dingen die ze beleven. “Kinderen vergeten snel.”

Ouders houden geen rekening met de aanwezigheid van het kind bij gebruik of bij agressie.

Kinderen nemen dingen uit het gewone leven over en spelen ze na. Ze weten niet wat 'geheim' is: op het verjaardagsfeestje van de grootmoeder van Arno (4 jaar), speelt Arno in een hoekje. Plotseling neemt hij wat kruimels, legt ze naast elkaar, gaat er met zijn neus bovenhangen en snuift. Betty, de moeder van Arno gebruikt cocaïne maar haar familie dacht dat ze ermee gestopt was. Betty wordt kwaad op Arno.

Serge vertelt over zijn dochter Patricia (3 jaar). "Ze kan dat niet, blijven zitten en een tekening maken. Je moet dan echt de televisie afzetten en naast haar gaan zitten."

Greet vraagt zich af hoe het komt dat Daphné (2 jaar 6 maanden) zo weinig spreekt. Daphné loopt steeds met een fopspeen in haar mond.

7. Het **opvoeden van de andere kinderen**: de wijze waarop het interactieproces van een kind met de ouders verloopt, staat in nauwe interactie met de wijze waarop de andere kinderen opgevoed worden. Vergelijkingen en ervaringen kunnen zowel een positieve als een negatieve rol spelen.

   Naast het vergelijken van de kinderen onderling zullen ook slechte ervaringen met hulpverleners bij de opvoeding van andere kinderen, die bijvoorbeeld geplaatst zijn, de houding van de ouders tegenover hulpverleners in grote mate bepalen.

8. De **plaats van de opvoeding naast andere functies**: het gezin is niet louter een opvoedingsgemeenschap. De verschillende gezinsleden hebben nog andere rollen. De plaats van de opvoeding naast andere functies (werk, sociale contacten, …) heeft eveneens zijn invloed op het pedagogisch aanbod.

   Een verslaving gaat nogal eens met ups en downs. In bepaalde perioden staat de verslaving erg op de voorgrond en komen ouders onvoldoende toe aan hun rol als opvoeder. Opvoeden blijft dan vaak beperkt tot verzorgen. Er wordt niet 'gestuurd' en er is vrijwel geen 'verbondenheid' meer met het kind. Als ook de verzorging wegvalt kan men zich, afhankelijk van de leeftijd van het kind, vragen stellen bij de veiligheid van het kind. Voor het welzijn van het kind moeten de perioden waarin de ouderrol onvoldoende aan bod komt, beperkt blijven.

De gezinsopvoeding is een erg complex geheel. Om dit te beschrijven en te analyseren wordt een schema beschreven **met vier belangrijke domeinen voor de opvoeding**:

- verzorgen
- werken en leren
- samen spreken
- ontspannen of spelen.

Verzorgen moet in het teken van het groot worden en niet in het teken van het klein houden van het kind staan. Bij een aantal verslaafden zien we dat hun opvoeding gericht was op het "klein houden". Zij hebben begeleiding nodig om bij hun kinderen niet in dezelfde valkuil te trappen.
Leren ouders hun kinderen iets? Kunnen ze samen feesten - werken? Trekken ze er samen met het kind op uit en houden ze hierbij rekening met interesses en mogelijkheden van het kind? Kunnen de opvoeders een gesprek voeren met het kind? Luisteren ze naar het kind?
Er moet een evenwicht bestaan tussen het werken en leren en het ontspannen. Kinderen in drugverslaafde gezinnen nemen vaak taken van

ouders over waardoor het evenwicht tussen werken en ontspannen verstoord wordt.

Om deze samenlevingsaspecten van het gezin pedagogisch te analyseren wordt gebruik gemaakt van twee invalshoeken, met name:

- het **klimaat** en
- de **situatiehantering**.

Klimaat: Aandacht hebben voor dingen die het kind goed doet en het hiervoor belonen is een aandachtspunt bij deze ouders. De frustratietolerantie van drugverslaafden is meestal niet zo hoog. Een kind in de buurt lokt snel negatieve reacties uit. Kinderen leren al jong rekening houden met de stemming van hun ouders en passen hun gedrag aan.

Sommige opvoedingsproblemen hangen immers samen met een gebrekkige situatiehantering terwijl andere zich kenmerken door een onbevredigend klimaat.

In de veelheid van pedagogische handelingen kan men vier hoofdcategorieën onderscheiden:

- aandacht geven
- hulp bieden
- grenzen stellen
- sanctioneren.

Elk van deze categorieën kan men nog verder indelen worden. Zo kunnen ouders **aandacht geven** door hun aanwezigheid te manifesteren, door belangstelling te tonen of door fysiek contact.

Hoe wordt de aanwezigheid gemanifesteerd? Gebeurt dit op een positieve manier of moet het kind enkel stil zijn als de ouders thuis is?
Hebben ouders in hun eigen opvoeding voldoende fysiek contact gehad? Nogal wat verslaafde ouders met een verwaarlozings- of mishandelingverleden hebben problemen met het hanteren van fysiek contact.

Binnen **hulp bieden** onderscheidt men informeren, structureren van de situatie, variëren van het situatieaanbod en suggereren van strategieën.

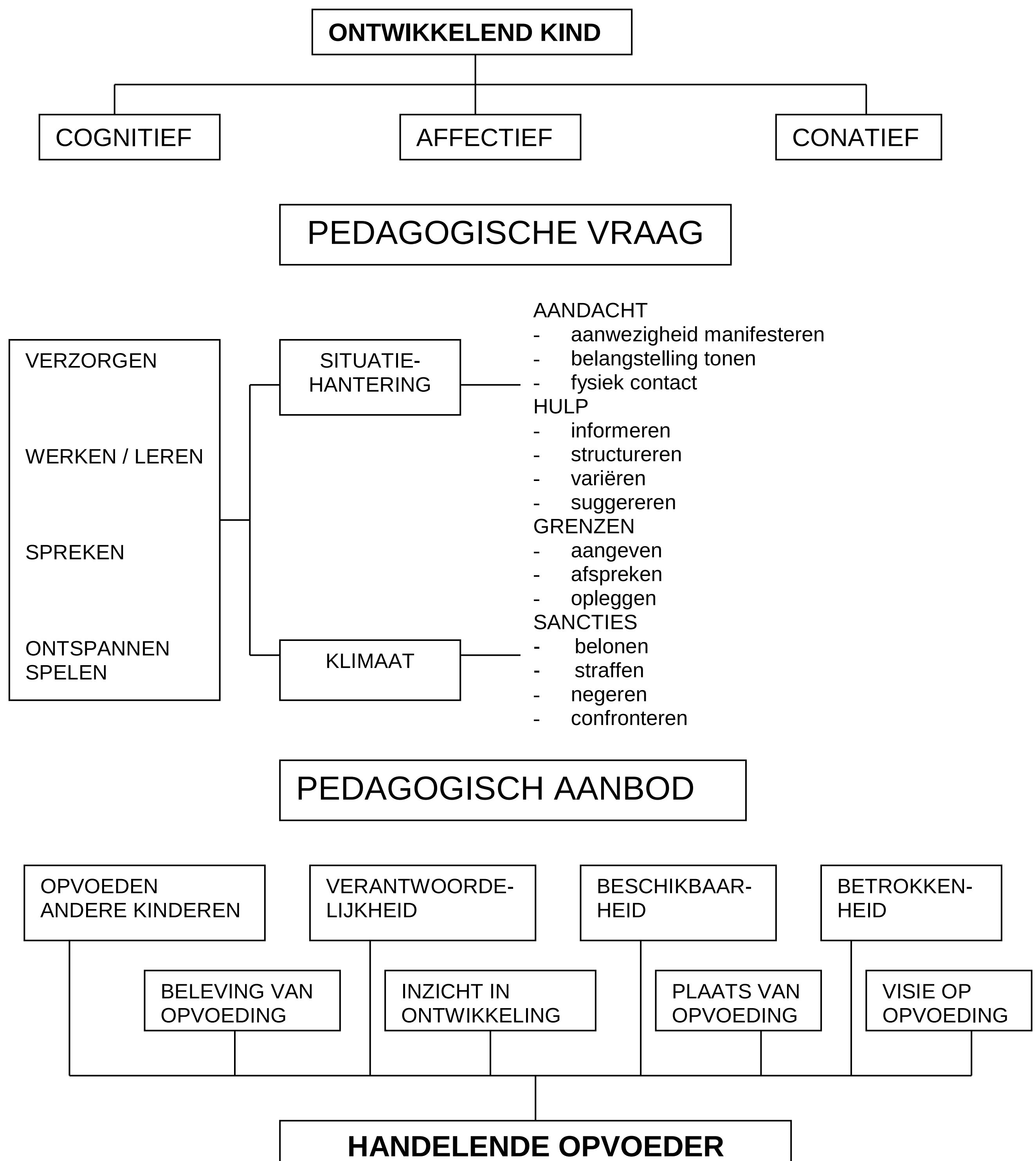
Grenzen stellen kan gebeuren door het aangeven van grenzen, door gedragsregels af te spreken of door gedrag op te leggen.

Sanctioneren komt aan bod bij belonen, straffen, negeren en confronteren van het kind met de gevolgen van zijn gedrag.

De meeste pedagogische gedragingen kunnen binnen deze categorieën ondergebracht worden, waardoor het een goed hulpmiddel is voor de analyse van zowel het pedagogisch aanbod van de opvoeder als voor de pedagogische vraag van het kind. In hun gedrag vragen kinderen op een bepaalde wijze aandacht, hulp,… terwijl opvoeders die op een bepaalde manier geven. Door te vergelijken worden de aanwezige kortsluitingen duidelijk.

Naast de analyse van de aard van het pedagogisch aanbod en de pedagogische vraag kunnen we de categorieën op een **kwantitatieve** wijze benaderen. Hoeveel aandacht, hulp, grenzen, sancties van elke soort vraagt het kind en bieden de ouders aan? De aard van het pedagogisch aanbod kan immers met de vraag van het kind corresponderen, terwijl de hoeveelheid te kort schiet.

Het bovenstaande kan worden samengevat in figuur 2: Het opvoeden:



Casus Patrick, Inge en Lies - Analyse van de opvoeding

Beide ouders voelen zich **verantwoordelijk** voor de opvoeding. Inge is veel **beschikbaar**. Patrick is bepaalde periodes ook veel beschikbaar. De afgelopen periode was Patrick weinig beschikbaar. Hij heeft een maand in de gevangenis doorgebracht. Als Patrick in de gevangenis zit, gebruikt Inge minder drugs en is er meer stabiliteit en voorspelbaarheid in haar leven.
Over het algemeen wisselen periodes waarin er relatief weinig druggebruik is (bijgebruik naast de methadon) af met periodes waarin het gebruik op de voorgrond staat. Tijdens deze periodes van gebruik is de beschikbaarheid en betrokkenheid van beide ouders op Lies veel kleiner.

Inge wil Lies opvoeden zoals 'wij', hulpverleners, onze kinderen opvoeden. Ze wil met haar praten over dingen (verbondenheid). Verder wil ze Lies de kans geven te studeren,... Er ontbreekt informatie over hoe Patrick over de opvoeding van Lies denkt.

Er is een duidelijke positieve hechting tussen Lies en beide ouders. De ouders zijn **betrokken** op Lies en **beleven** de opvoeding positief. Ze herkennen de pedagogische vraag van hun kind gedeeltelijk maar zeker niet volledig. Bijvoorbeeld: Patrick zegt over Lies: "Lies weet van de echtscheiding. Ze is bang dat ik niet meer terugkom als ik weg ga. Ze wil niet dat ik weg ga. Ze legt dan haar hoofd op haar arm en mokt. Ik ga dan maar weg als ze slaapt." Patrick en Inge hebben weinig inzicht in de ontwikkeling. Ze zijn wel bereid te leren en stellen vragen. Naast het herkennen van de pedagogische vraag valt vooral het gebrek aan vaardigheden op, om hun visie in een concreet aanbod te vertalen. Inge wil met Lies praten, maar "daar is ze nu nog te klein voor".

Samenlevingsaspecten:

Het opvoedings**klimaat** is over het algemeen positief. Op bepaalde momenten is er agressie in het gezin. Patrick slaat Inge soms. Het is onduidelijk of deze agressie ook op Lies is gericht. Lies is wel getuige van deze agressie.

Verzorging komt voldoende aan bod. De maaltijden zijn probleemsituaties. Er wordt op onregelmatige tijstippen gegeten. Lies snoept de hele dag door. Ze eet enkel vlees en lust geen groenten. Ze blijft tijdens het eten niet aan tafel zitten. Ze eet met haar handen. Als Inge haar gezicht wil afvegen ontaardt dit in een achtervolging en veel gekrijs en gestamp.

Leren, spreken en ontspannen komen te weinig aan bod. Thuis staat meestal de TV aan. Er is weinig (uitdagend) speelgoed aanwezig en Inge en Patrick hebben weinig energie om zich bezig te houden met Lies. Er wordt weinig gesproken met Lies. Lies loopt nog dagelijks met een fopspeen rond. Lies vertoont een duidelijke spraakachterstand. Inge zelf spreekt onduidelijk en zacht. Er is weinig stimulans voor Lies om te spreken. Taal wordt niet functioneel gebruikt. Lies moet nergens om vragen. Lies speelt meestal alleen. Onder impuls van hulpverleners, neemt Inge af en toe het initiatief om samen met Lies een boekje te lezen of een gezelschapsspel te spelen. Dit gebeurt op het MSOC.

De ouders hebben **aandacht** voor Lies. Er is fysiek contact van Lies met moeder Inge maar vooral met vader Patrick. Daarnaast is het opvallend hoe Lies geniet van de aandacht van andere volwassenen. Er is weinig hulp voor Lies. Met betrekking tot grenzen stellen, worden grenzen aangegeven en opgelegd. Wat betreft sanctioneren staat vooral het straffen op de voorgrond.

Pedagogische vraag van Lies:

Informatie uit (spel)observatie:

- Lies vertoont een achterstand op vlak van spraakontwikkeling.
- Lies is zeer snel afgeleid en kan zich moeilijk met één zaak bezighouden.
- Lies geniet van aandacht van volwassenen. Ze vraagt non-verbaal om aandacht (met een spel komen aandragen, in de deur van een bureau gaan staan, …). Op andere momenten heeft Lies geen behoefte aan aandacht van volwassenen en keert ze zich af.
- Lies heeft weinig probleemoplossend vermogen. Als ze met een probleem geconfronteerd wordt, gaat ze niet op zoek naar oplossingen. Ze kiest er al na korte tijd voor iets anders te doen.
- Spel met andere kinderen ontaardt snel in wild spel en ruzie.
- Lies is bang dat haar ouders vertrekken en haar achterlaten zonder iets te zeggen.

2.2.4 De handelingsplanning en het handelingsplan

Tussen de analyse van de gezinssituatie en de eigenlijke behandelingsfase zit een vloeiende overgang. In de analyse zitten reeds een aantal behandelingsmomenten en tijdens de eigenlijke behandelingsfase blijft men verder observeren. Het opstellen van een handelingsplanning dwingt de hulpverlener ertoe alle aspecten van de problematiek te bekijken en de handelingsdoelstellingen te expliciteren. Het voorkomt dat de persoonlijke interesses en gevoeligheden van de hulpverlener bepalend zijn voor de weg die de hulpverlening opgaat.

Het opstellen van een handelingsplanning gebeurt best multidisciplinair met betrokken collega's. Het draagt bij tot de kwaliteit van de hulpverlening wanneer men tegenover andere teamleden moet verwoorden hoe men bepaalde gezinsleden ziet. Bovendien wordt men er op deze manier toe gedwongen de gegevens van verschillende disciplines te integreren. Het opstellen van een handelingsplanning zet de hulpverlener ertoe aan de opeenvolging van interventies aan te geven en te plaatsen in de tijd.

In een handelingsplan verzamelt men de informatie uit de gezinsanalyse. Men gaat na of alle informatie gebaseerd is op feitelijke gegevens. Op basis hiervan expliciteert men doelstellingen en benoemt men de strategieën waarmee men deze doelstellingen wil bereiken. Men beschrijft de manier waarop de effecten worden geregistreerd en geëvalueerd.

Bij de analyse van de gezinssituatie zal duidelijk worden waar zich binnen dit gezin de risico en beschermende factoren bevinden. Gaat het hier om ouders die te weinig beschikbaar zijn? Begrijpen de ouders de pedagogische vraag van hun kind niet? Aanvaarden de ouders het kind niet? Heeft dit kind specifieke behandelingen of een specifieke aanpak nodig? Kunnen ouders moeilijke situaties hanteren? Afhankelijk van de diagnose kan ter plaatse een aanbod worden gedaan of kan er naar andere diensten worden doorverwezen.

Het bepalen van doelstellingen

Doelstellingen worden niet alleen bij het opstellen van het handelingsplan bepaald. Ze worden gedurende de begeleiding voortdurend op hun waarde getoetst, geëvalueerd en bijgesteld. Gedurende de begeleiding kunnen er nieuwe doelstellingen bijkomen of oude doelstellingen kunnen worden losgelaten.

Doelstellingen moeten worden opgesteld in teamverband en in overleg met de cliënten. Ze moeten aansluiten bij de analyse van de opvoedingssituatie en worden geëxpliciteerd. Dit voorkomt verborgen agenda's.

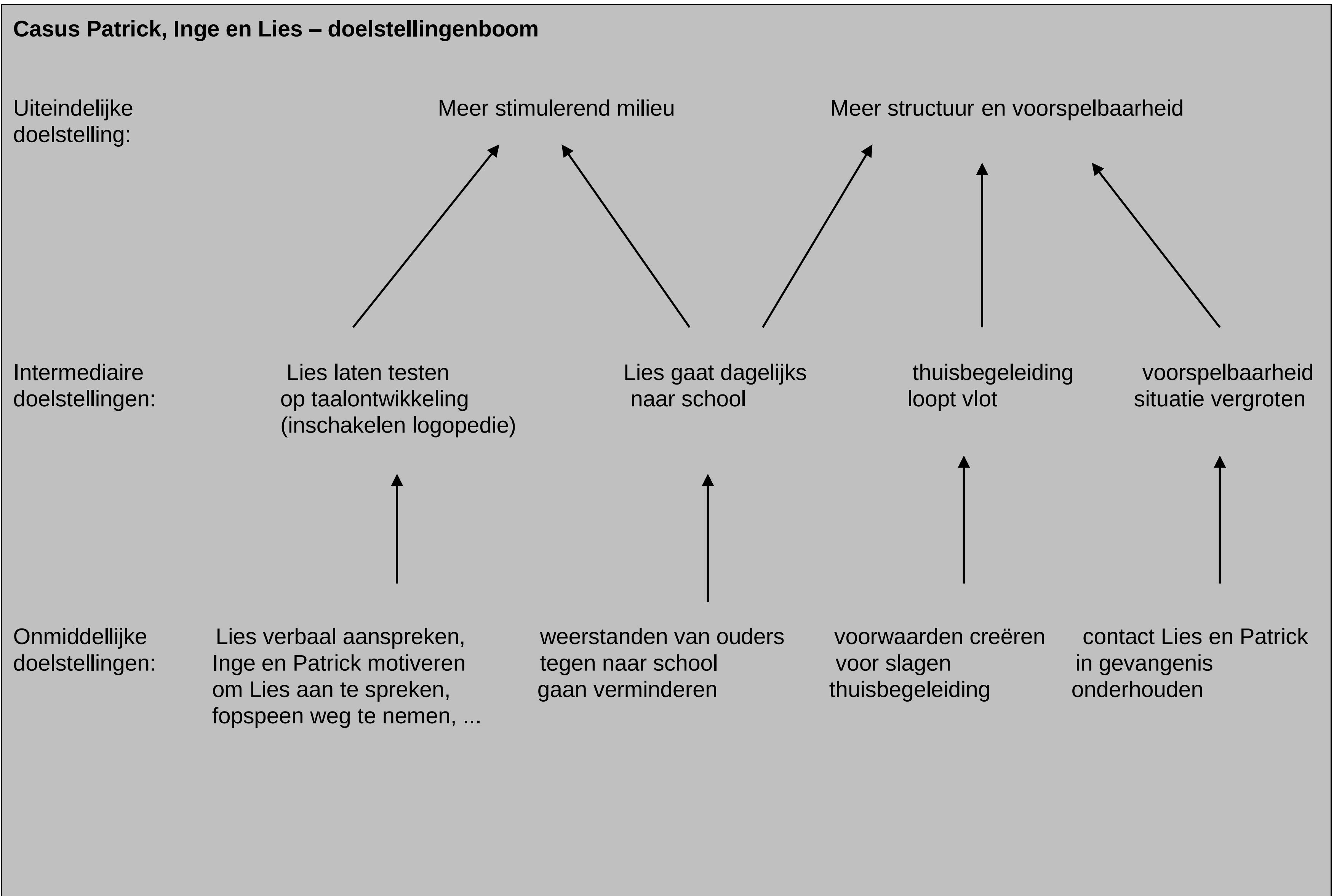
Bij het expliciteren van doelstellingen kan men een onderscheid maken tussen:

- Uiteindelijke doelstellingen. Dit zijn doelstellingen op lange termijn.
  Bijvoorbeeld er is meer structuur en voorspelbaarheid in het leven van het kind,…
- Intermediaire doelstellingen.
  Bijvoorbeeld: het kind gaat dagelijks naar school, ouders kunnen structuur brengen in het gezinsleven,…

  Hierbij moet steeds aangegeven worden welke middelen zullen worden aangewend om dit doel te bereiken en welke dienst of persoon dit opvolgt.

  Bijvoorbeeld: nauwe contacten met de school en het CLB installeren, gezinsbegeleiding opstarten,…
- Onmiddellijke doelstellingen
  Bijvoorbeeld: ouders bewust maken van het belang van de school, overleg tussen ouders, school en CLB organiseren, ouders motiveren voor deelname aan gezinsbegeleiding,…

Zo creëert men een doelstellingenboom die logisch in elkaar zit.



Casus Patrick, Inge en Lies – doelstellingenboom
Uiteindelijke doelstelling:
Meer stimulerend milieu
Meer structuur en voorspelbaarheid
Intermediaire doelstellingen:
Lies laten testen op taalontwikkeling (inschakelen logopedie)
Lies gaat dagelijks naar school
thuisbegeleiding loopt vlot
voorspelbaarheid situatie vergroten
Onmiddellijke doelstellingen:
Lies verbaal aanspreken, Inge en Patrick motiveren om Lies aan te spreken, fopspeen weg te nemen, ...
weerstanden van ouders tegen naar school gaan verminderen
voorwaarden creëren voor slagen thuisbegeleiding
contact Lies en Patrick in gevangenis onderhouden

Structuur van een handelingsplan *(Broos & Groenewegen, 1993):*

1. Identificatie
   Namen en geboortedata van de gezinsleden, adres en telefoonnummer
   Namen van andere betrokken hulpverleners

2. Gezinskaart en/of genogram
   Feitelijke samenstelling van het gezin
   Relationele aspecten van het familieleven

3. Voorlopige diagnose van de problematische opvoedingssituatie

   3.1. Probleeminventaris
   - *Gezinsperspectief*

   Problemen zoals zij door het gezin worden aangebracht, eventueel opgesplitst in problemen van verschillende gezinsleden / subsystemen.
   - *Hulpverleningsperspectief*

   Problemen zoals deze door de betrokken hulpverleners worden geformuleerd.

   3.2. Aanzetten tot diagnose van de opvoedingssituatie
   Hierin wordt de visie van de eigen dienst weergegeven. Het is de analyse van de problematische opvoedingssituatie, gebaseerd op de contacten met het gezin. Daarbij is aandacht voor de risico- en beschermende factoren van het gezin en de gezinsleden, voor de pedagogische vraag van het kind en het pedagogisch aanbod van de ouders.

   4. Handelingsplanning

   4.1. Doelstellingen
      Werkpunt 1:
         Probleemstelling:
         Doelstelling:
         Werkwijze:
      Werkpunt 2: …

   4.2. Samenwerkingsafspraken
      Alle afspraken die met andere betrokken hulpverleners, … gemaakt zijn rond taakverdeling, het doorgeven van informatie en dergelijke, komen hier aan bod.

   5. Besluit
   - Samenvattende opmerkingen
   - De belangrijkste aandachtspunten en prioriteiten voor de komende periode

Handelingsplan Patrick, Inge en Lies:

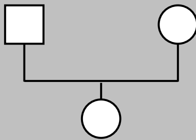
1. Identificatie:

Vader: Patrick X (12-01-1968)
Moeder: Inge Y (22-01-1976)
Dochter: Lies X (4-06-1998)

Adres: …….., 3600 Genk
Geen telefoon

Betrokken hulpverleners:
- MSOC
- Opzet, thuisbegeleidingsdienst
- OCMW
- Comité voor Bijzondere Jeugdzorg is ingeschakeld. Zij hebben rechtstreeks contact met de ouders op de POA's en krijgen informatie via de thuisbegeleidingsdienst.

2. Gezinskaart/genogram



Inge en Patrick spreken over echtscheiding. De dreiging hiervan bestaat reeds verschillende jaren. Af en toe worden er concrete stappen ondernomen (raadpleging van een advocaat,...) maar tot nu toe heeft dit geen gevolgen voor de leefsituatie van Inge en Patrick. Motieven voor de echtscheiding zijn relatieproblemen maar ook financiële bekommernissen.

De moeder van Inge is een belangrijk steunfiguur. Het gezin gaat hier regelmatig eten en deze grootmoeder let regelmatig op Lies.

3. Voorlopige diagnose van de opvoedingssituatie

3.1. Probleeminventaris

3.1.1. Gezinsperspectief:

- Lies vertoont op bepaalde momenten probleemgedrag:
  - plassen op de vloer in plaats van naar het toilet gaan (enkel thuis)
  - 's nachts wakker worden en uit bed komen
  - nachtmerries
  - slecht eten
  - wil niet gaan slapen
- Lies is te dik voor haar leeftijd en heeft hier last van: ze wordt ermee gepest, is snel moe, heeft veel last van de warmte, …
- Lies spreekt weinig en onduidelijk

Beide ouders, maar hoofdzakelijk Inge, formuleert deze klachten. De klachten worden niet enkel in termen van probleemgedrag van Lies aangegeven maar ook als probleemsituaties waarbij de eigen interactie een rol speelt.

3.2. Hulpverleningsperspectief

Ouders zijn bereid te leren. Ze hebben beperkte mogelijkheden, zowel qua inzichten als qua vaardigheden. Er is een positieve betrokkenheid op Lies.

- Er is weinig structuur en voorspelbaarheid in het gezin.
- Er is weinig stimulatie voor de ontwikkeling van Lies (aandacht geven, helpen, …).
- Er zijn materiële problemen.

3.2 Aanzetten tot diagnose van de problematische opvoedingssituatie

Inge en Patrick hebben beiden een verslavingsprobleem (heroïne). Zij nemen deel aan het methadonprogramma. Periodes van (bij)gebruik wisselen af met relatief stabiele periodes.

- Er is een goede hechting aan en betrokkenheid van beide ouders op Lies. Ouders voelen zich verantwoordelijk voor en willen investeren in de opvoeding van Lies.
- Er is een ongestructureerde en onvoorspelbare gezinssituatie. Dit kan verschillende probleemsituaties en probleemgedragingen van Lies verklaren: slapen gaan, eetsituaties, angst voor vertrekken van ouders zonder verwittigen,... De ongestructureerde situatie is een gevolg van de verslaving van de ouders, maar ook van een tekort aan vaardigheden en inzichten bij de ouders (inlassen van rituelen binnen het gezin, consequent grenzen stellen, aankondigen wat er gaat gebeuren,…).
- Lies vertoont het begin van een ontwikkelingsachterstand. Dit is vooral duidelijk op het vlak van de spraakontwikkeling. Dit kan het resultaat zijn van een combinatie van aangeboren factoren met een weinig stimulerend milieu.
- Zijn er emotionele problemen bij Lies (nachtmerries,…)?

4. Handelingsplanning

4.1. Doelstellingen

Werkpunt 1: structuur en voorspelbaarheid

Probleemstelling: De gehele situatie waarin Lies opgroeit is weinig voorspelbaar. Eten gebeurt steeds op andere momenten, soms uit het vuistje,… Er is geen vaste bedtijd, er zijn geen rituelen,... Soms is vader thuis, soms is hij weg (gaan gebruiken, in de gevangenis,…). Soms moet Lies bij grootmoeder blijven of daar gaan eten. Ouders reageren inconsequent op regeloverschrijdend gedrag van Lies (soms mag iets wel, soms mag het niet).
De ouders vertonen sterke stemmingswisselingen omwille van het druggebruik,… Ouders kondigen niet aan wat er gaat gebeuren, wanneer ze vertrekken of terugkomen,...

Doelstelling:
1. Structuur en voorspelbaarheid in de thuissituatie vergroten
2. Contacten tussen Patrick en Lies onderhouden en voorspelbaar maken (in gevangenis, bij dreiging van de echtscheiding)

Werkwijze:
1. Dit is het werkpunt dat de thuisbegeleidingsdienst op zich heeft genomen.

2. Contacten tussen Lies en Patrick onderhouden terwijl Patrick in de gevangenis zit: Inge motiveren om Patrick te bezoeken en Lies mee te nemen – inschakelen straathoekwerker MSOC.

Werkpunt 2: stimulerend milieu

Probleemstelling: de spraakontwikkeling van Lies vertoont een achterstand. Het thuismilieu is weinig stimulerend qua taal maar ook op andere vlakken. Er is thuis weinig uitdagend materiaal aanwezig, de interactie tussen ouders en kind is weinig gericht op de ontwikkeling van Lies (weinig spreken, weinig uitdaging,…). Lies is 3 jaar maar gaat nog niet naar school. Dagelijks naar school gaan is stimulerend voor de ontwikkeling maar brengt ook regelmaat en structuur.

Doelstelling:
1. Spraakontwikkeling verder onderzoeken + verbeteren
2. Weerstanden voor naar school gaan onderzoeken – opvolgen schoolbezoek Lies

Werkwijze:
1. Inge en Patrick bevragen in verband met de school. Helpen bij schoolkeuze en inschrijven. Ouders ondersteunen om Lies dagelijks naar school te brengen.
2. In een latere fase: onderzoek van spraakontwikkeling via CLB. Momenteel ouders motiveren Lies haar fopspeen weg te nemen, haar zoveel mogelijk aan te spreken en taal functioneel te gebruiken (Lies iets laten vragen in plaats van te wijzen,...).

4.2. Samenwerkingsafspraken

- Het MSOC stelt zich tot doel Inge en Patrick te motiveren door te gaan met de thuisbegeleiding. De psycholoog (individueel drughulpverlener) organiseert een overleg tussen Patrick, Inge en de thuisbegeleider. Hij is hier zelf bij aanwezig. Dit overleg kan eventueel (uitzonderlijk) op het MSOC plaatsvinden. De thuisbegeleidingsdienst neemt het werkpunt over structuur en voorspelbaarheid op zich. Het MSOC informeert bij deze dienst hoe zij hierbij kunnen aansluiten.
- Er was een budgetbegeleiding op het OCMW. Dit ligt momenteel stil. De maatschappelijk assistent van het MSOC tracht Inge en Patrick terug te verwijzen naar het OCMW.
- De school: eind augustus heeft de thuisbegeleider verlof. De psycholoog van het MSOC neemt het inschrijven van Lies in de school voorlopig op zich, met de bedoeling de contacten met de school later aan de thuisbegeleidingsdienst door te geven. Patrick en Inge willen uitdrukkelijk niet dat de school op de hoogte is van hun verslavingsprobleem.
- In de loop van het schooljaar wordt een PAO georganiseerd. De thuisbegeleidingsdienst neemt hiertoe het initiatief. Het CLB zal hierop uitgenodigd worden.

5. Besluit:

Prioriteiten voor de komende periode zijn:

- de school
- thuisbegeleiding op gang houden
- contacten tussen Lies en Patrick onderhouden

2.2.5. Uitvoering en bijsturing

Na het opstellen van een handelingsplan, kan men starten met de concrete uitvoering. In het handelingsplan is er een concrete taakverdeling opgenomen waardoor het voor iedereen duidelijk is waaraan hij werkt. Gezinsondersteuning wordt dan **de opdracht voor alle**

medewerkers die contact hebben met het gezin: de arts, de psycholoog, de maatschappelijk werker, de verpleegkundige, de opvoeder,… Ieder vanuit zijn positie en relatie met het gezin krijgt vanuit het handelingsplan duidelijke en welomschreven opdrachten.

In verband met de taakverdeling moet men zich de vraag stellen wat de taak en de mogelijkheden zijn van de voorziening waar men werkt. Hier wordt opnieuw duidelijk dat het van cruciaal belang is in een goed netwerk ingeschakeld te zijn als men in een ambulante setting opvoedingsondersteuning bij drugverslaafde ouders wil doen.

De gezinscontext van drugverslaafde ouders wordt vaak gekenmerkt door ingrijpende veranderingen op korte termijn. Inspelen op deze wisselingen vraagt veel flexibiliteit van de begeleiders en continue herziening en bijstelling van de handelingsplanning. Tussentijdse evaluaties zijn enorm belangrijk.

Casus Patrick, Inge en Lies: uitvoering en bijsturing

- De school:
  de psycholoog informeerde naar weerstanden in verband met de school. Inge en Patrick bleken reeds een school gekozen te hebben. Inge was vroeger op school erg gepest en was bang dat dit ook Lies zou overkomen onder andere omwille van haar dik-zijn. Het inschrijven van Lies op school bleek moeilijk voor de ouders. Ze waren bang dat de medewerkers van de school hen niet serieus zouden nemen. Samen met de ouders werd de inschrijving voorbereid. De psycholoog ging mee (als iemand die wel eens helpt met papieren invullen – Inge en Patrick wilden immers niet dat men op school iets wist van hun verslavingsproblemen) om Lies in te schrijven.
  De eerste schooldag had Lies haar boterhammen niet opgegeten en de derde schooldag had ze in haar broek gedaan. Dit zorgde voor hevige reacties bij Patrick maar vooral bij Inge. De psycholoog zorgde ervoor dat Inge dit kon ventileren. Daarna werd gekeken hoe Inge haar ongenoegen naar de school kon uiten. Later op het schooljaar bleek Lies getest op taal en spraak door het CLB zonder dat de ouders hier vooraf van op de hoogte werden gebracht. Patrick en Inge waren hier zeer verontwaardigd over. Dit incident zorgde ervoor dat Lies bijna van school moest veranderen. In gesprekken bleek dat de angst voor wat Lies zou vertellen over de verslaving van de ouders hier een rol in speelde. Het MSOC nam ook hier de rol op zich om de ouders te laten ventileren.

- Tijdens het verblijf in de gevangenis van Patrick werd een aantal zaken met betrekking tot opvoedingsondersteuning ondernomen op het MSOC. Toen Patrick terug vrijkwam, bleek hij niet uit zichzelf mee in het programma te stappen. Inge mocht plots niet meer deelnemen aan een aantal activiteiten,... We vermoedden dat hij zich buitengesloten voelde. Door explicieter aandacht te geven aan zijn vaderrol tijdens individuele gesprekken en door hem te betrekken bij het inrichten van de speelhoek, verdween de weerstand.

- De thuisbegeleidingsdienst meldde dat zij bijna steeds voor een gesloten deur stonden. Na bevraging bij Inge en Patrick bleek dat zij bang zijn dat de thuisbegeleiding zal leiden tot een uithuisplaatsing van Lies, ondanks het feit dat zij zelf een aanvraag hebben ingediend voor de begeleiding. Op verschillende momenten werd een overleg gepland tussen het MSOC, de thuisbegeleidingsdienst en de ouders om dit uit te klaren. Om verschillende redenen is het nooit gelukt dit overleg te laten plaatsvinden. Ofwel was één van de hulpverleners ziek, ofwel belden de ouders af (weerstand), …

2.2.6. Doorverwijzen en opvolgen

Een aantal doelstellingen van het handelingsplan kan niet ter plaatse gerealiseerd worden. Cliënten zullen worden doorverwezen naar andere voorzieningen.

Cliënten succesvol doorverwijzen is niet evident, zeker niet als het gaat om druggebruikende ouders die men doorverwijst omwille van opvoedingsvragen. In een aantal gevallen zal aan de doorverwijzing een (langdurig) motivatieproces vooraf gaan, waarin men noodgedwongen zelf een aantal stappen neemt om ouders bewust te maken van de ernst van de problematische opvoedingssituatie.

Hoe kan men bij een doorverwijzing de drempel naar andere diensten zo laag mogelijk houden?

- Informeer ouders over de dienst waarnaar ze worden doorverwezen: werking, beroepsgeheim,…
- Plan eventueel een gesprek samen met een hulpverlener van de andere dienst en het gezin.
- Laat de gesprekken of het eerste gesprek in een voor de ouders vertrouwde omgeving plaatsvinden (de dienst waar ze al komen,…). Het gesprek laten plaatsvinden in de thuissituatie kan vertrouwd maar ook bedreigend zijn.
- Organiseer spreekuren op de eigen dienst waar ouders medewerkers van andere diensten kunnen aanspreken met pedagogische vragen.
- …

Informeer regelmatig bij ouders of ze (nog) contacten hebben met de dienst waar ze naartoe werden verwezen. Loopt de begeleiding nog? Zijn de ouders tevreden? Loopt de begeleiding niet meer? Hoe komt dit? Wordt dit gezin nog opgevolgd op pedagogisch vlak?

Als een vrijwillige doorverwijzing niet lukt, kan men overwegen andere stappen te ondernemen, Is het nodig gedwongen hulpverlening in te schakelen? Wat betekent dit voor de relatie met de druggebruikende ouders? Bij het beantwoorden van deze vragen is het belangrijk terug te vallen op de vooraf uitgewerkte visie van de eigen dienst en op de afspraken en taakverdeling die er binnen het netwerk bestaan.

Tot slot

Niet zelden wordt de doorverwijzing bemoeilijkt door **weerstanden bij de hulpverlener**. Hij kan zelf moeilijk afstand nemen en voelt zich de beschermer van het gezin. Hij heeft een negatief beeld van hulpverlening met betrekking tot het kind, die hij vereenzelvigt met ‘plaatsingen’. Dit beeld kan al dan niet gesteund zijn op effectieve ervaringen uit het verleden. Objectieve kennis van het hulpverleningslandschap en vertrouwen in medewerkers van andere diensten zijn noodzakelijke voorwaarden opdat een verwijzing zou lukken. Zijn deze onvoldoende aanwezig dan straalt dit af op het gezin en is verwijzing bij voorbaat tot mislukken gedoemd.

3. Groepsaanbod

Naast een gezinsgerichte benadering kan men ook groepsgerichte methodieken aanwerven om drugverslaafde ouders bij hun opvoedingsmoeilijkheden te ondersteunen. Het werken in groep kan heel wat bijkomende voordelen bieden: herkenning en erkenning, ondersteuning,

verstevigen en uitbreiden van het sociale netwerk, informatie en gedragsalternatieven uitwisselen, uitbreiding van waarden en normen, versterken van competentie- en controlegevoel,…

In dit deel bespreken we een aantal van deze groepsgerichte werkvormen. Maar vooraleer we hiermee van start gaan is een belangrijke opmerking op zijn plaats. De groepsbegeleiding moet zich behoeden geen te hoge verwachtingen te stellen ten aanzien van de. De eerste en waarschijnlijk moeilijkste doelstelling is het bij elkaar brengen en gedurende een bepaalde periode laten samenkomen van een groep drugverslaafde ouders.

3.1. Oudercursussen

Rond oudercursussen zijn reeds heel wat draaiboeken en publicaties verschenen die gedetailleerd weergeven hoe een dergelijke cursus in de praktijk geïmplementeerd en gehanteerd kan worden. Om deze reden wordt in onderstaande tekst geopteerd om hierbij slechts kort stil te staan. Voor uitgebreide informatie wordt naar de reeds bestaande literatuur verwezen.

Een oudercursus is een reeks samenhangende bijeenkomsten voor een groep ouders met een duidelijk programma of een rode draad en vaste onderdelen. De ouders worden geacht aan alle bijeenkomsten deel te nemen. Met een oudercursus wil men ouders informatie geven en inzicht bijbrengen over kinderen en opvoeding en vaardigheden aanleren en inoefenen. Centrale doelstelling is het competenter maken van ouders.

Enkele aanbevelingen

Bepaalde eigenheden van de doelgroep (moeilijk afspraken nakomen, een verstoorde tijdsbeleving, weinig concentratiemogelijkheden, wantrouwen en achterdocht in relaties,…) maken dat een specifieke aanpak om deze ouders naar een oudercursus te doen komen noodzakelijk is.

- Een **actief wervingsbeleid** (telefonische herinnering de dag vóór de cursus en vóór elke sessie, thuis ophalen van de ouders, kinderopvang aanbieden,…) voor de start van de cursus en tussen de verschillende sessies, kunnen het afhaken van ouders verminderen. Voorafgaand aan de cursus individuele informatieve en kennismakingsgesprekken met cliënten (eventueel aan huis) voeren, zodat vertrouwen ontstaat, kan ook drempelverlagend zijn.

- De kans dat ouders de gehele cursus (8 à 10 sessies) volgen en telkens aanwezig zijn, is klein. Om deze kans te vergroten kan men best een **kortdurend programma** (maximum 4 à 5 sessies) aanbieden.

- Ook de **duur van de sessies** moet beperkt blijven. Eén à anderhalf uur per sessie is aangewezen. Een pauze inlassen is tevens belangrijk.

- Sommige van de **methodieken** die in oudercursussen gehanteerd worden vereisen lees- en/of schrijfvaardigheden. Dit is niet steeds evident, aangezien vele drugverslaafde

ouders niet of zeer slecht kunnen lezen en schrijven. Rollenspelen, video's, gesprek,… sluiten nauwer aan.

- Wat de **inhoud** betreft moet men ervoor zorgen dat er voldoende aansluiting is bij de leefwereld van verslaafde ouders. Daarom is het belangrijk vraaggericht te werken, de inhoud in overleg met de ouders te bepalen, huiswerkopdrachten mee te geven die haalbaar zijn binnen hun context,…

- Het al dan niet deelnemen aan een oudercursus hangt sterk samen met de mate van veiligheid en vertrouwen die de cliënten ervaren bij de begeleider. Vanuit dit oogpunt kan men ervoor opteren de **begeleiding** van de cursus (mede) te laten gebeuren door iemand die bij de ouders reeds een mandaat heeft verworven (individuele drughulpverlener,…).

3.2 Oudergespreksgroepen

Een oudergespreksgroep bestaat uit een groep van ouders die op regelmatige basis samenkomen om een aantal onderwerpen te bespreken. De ouders brengen zelf deze thema's aan. De thema's zijn dus niet beperkt tot opvoeding. De sessies volgen inhoudelijk niet op elkaar. Zij sluiten zo dicht mogelijk aan bij de beleving van de ouders op dat moment. Essentieel in deze benadering is het delen van ervaringen, van vragen en problemen, van waarden en inzichten,… Het groepsgebeuren staat centraal. Het bijeenbrengen van ouders met gelijkaardige moeilijkheden biedt de mogelijkheid tot herkenning. Men ziet in en ervaart dat men meer is dan een probleem alleen. Door bezig te zijn met de vraag van de ander schiet het 'helpersprincipe' in gang en helpt de cliënt op zijn beurt zichzelf.

Door oudergespreksgroepen te organiseren wordt bovendien het sociaal netwerk verstevigd. Daarnaast wordt informatie en kennis onderling uitgewisseld. Als een groep langer bestaat en er voldoende veiligheid is gegroeid, is het mogelijk vaardigheden te oefenen door middel van bijvoorbeeld rollenspelen.

In de praktijk zal het meestal gaan om een vrouwen- of moedergroep.

3.2.1. Het motiveren van cliënten

Cliënten motiveren om deel te nemen aan de groep, is niet gemakkelijk. De persoon van de begeleider en de reeds bestaande relatie van deze begeleider met de cliënten is hierbij van belang. Als er al een vertrouwensrelatie bestaat tussen de begeleider en de cliënt, zal het veel gemakkelijker zijn om de cliënt te motiveren deel te nemen aan de groep. Anderzijds is er een grote invloed van cliënten die elkaar motiveren om deel te nemen. Vanaf het moment dat de groep samenkomt, zullen ook de inhoud, het aansluiten bij ervaringen van de leden (betrokkenheid) en de sfeer binnen de groep bepalend zijn voor het blijven bestaan van de groep.

Soms is een gebeurtenis waarover meer personen hun bezorgdheid uiten, voldoende om met een groep van start te gaan (bv. zwanger worden van een cliënte, doodgeboren baby bij een medecliënte,…). Het is dan wel belangrijk om dit te 'horen' en hier flexibel op in te spelen.

3.2.2. Begeleiding

De begeleiding van deze groep gebeurt best door **twee vaste medewerkers**. In principe begeleiden ze steeds samen de groep. In praktijk kan de ene persoon de afwezigheid (verlof, ziekte,…) van de andere medewerker opvangen, zodat de groep een continu karakter krijgt. Begeleiders van de groep doen er goed aan een degelijke nabespreking te houden. Hierin komen inhoudelijke aspecten, aspecten van de relatie tussen de begeleiders onderling en emotionele reacties van de groepsleiders op de groep aan bod.

3.2.3. Laagdrempelig

Een ambulante oudergroep voor drugverslaafde cliënten moet laagdrempelig zijn. Dit kan men concretiseren door:

- Voor een **open groep** te kiezen. Het is niet noodzakelijk dat steeds dezelfde personen deelnemen aan de oudergroep. De sessies volgen, in tegenstelling tot een cursus, niet op elkaar. Dit betekent ook dat er minder snel een groepscohesie zal groeien wat uiteraard gevolgen heeft voor het proces binnen de groep.
- De groep te laten plaatsvinden op **vaste momenten**. Dit moment goed kiezen verhoogt de opkomst. Houd hierbij rekening met vragen en opmerkingen van cliënten. In een aantal settings kan men de groep koppelen aan andere initiatieven (bijvoorbeeld na een methadonverstrekking,…).
- De groep ook te laten plaatsvinden als er slechts één of twee aanwezigen zijn. Meestal bestaat zo'n groep uit een vijftal personen.
- De groep niet te lang te laten duren (één à anderhalf uur).
- **Thema's** te kiezen die door ouders zelf worden aangebracht en die aansluiten bij hun ervaring op dat moment.
- Rekening te houden met de **kinderen** (mogen ze aanwezig zijn, is er kinderopvang, vindt de groep plaats onder schooltijd,…?).
- Afspraken te maken over het **omgaan met vertrouwelijke informatie.**
- Een aangename, vertrouwde en gemakkelijk bereikbare **locatie** te kiezen.
- Aandacht te besteden aan **gezelligheid** (koffie en koekjes,…).

3.2.4. Structuur van een sessie

1. De begeleiders heten de deelnemers **welkom**. Indien er personen zijn die de eerste maal komen, volgt een kennismaking. Elke deelnemer vertelt iets over zichzelf.

2. Korte **samenvatting** van de vorige bijeenkomst. Dit kan gebeuren door een begeleider van de groep, of door de deelnemers. Wat herinneren zij zich nog van de sessie? Houd bij deze samenvatting rekening met de mogelijkheid dat sommige personen vorige keer misschien niet aanwezig waren.

3. **Informeer** bij de deelnemers die vorige keer aanwezig waren naar reacties. Is er achteraf nog over het onderwerp gepraat? Hebben ze er nog aan gedacht?

4. Breng het **thema** voor deze sessie ter sprake. Dit thema werd vooraf bepaald door de groep. Dit gebeurt steeds op het einde van een sessie.

- Men kan verdergaan met het thema van de vorige oudergroep of een thema uitdiepen dat vorige keer zijdelings aan bod is gekomen.
- Men kan ingaan op suggesties van de deelnemers. Zorg ervoor dat alle deelnemers de mogelijkheid krijgen suggesties te doen en dat suggesties van verschillende deelnemers aan bod komen.
- De begeleider kan zelf een thema voorstellen. Dit kan iets actueel zijn, een thema waarvan de begeleider merkt dat verschillende deelnemers ermee bezig zijn,…

Houd er als begeleider rekening mee dat er momenten zullen zijn waarop er geen overlap is tussen verschillende sessies. Alle personen die deze keer aanwezig zijn, waren er vorige keer misschien niet. Dit kan betekenen dat het gekozen thema niet aansluit bij de interesse en leefsituatie van de deelnemers. Een thema “in reserve” hebben of samen met de aanwezigen een ander thema bepalen (waardoor men het niet kan voorbereiden), is soms noodzakelijk.

5. **Diep** het thema **uit**. Dit kan gebeuren in de vorm van een gesprek, een teken- of schilderwerk, rollenspelen,… Men kan eventueel vertrekken vanuit een videofragment, een gastspreker uitnodigen, zelf een dienst bezoeken (de opvoedingswinkel bijvoorbeeld), …

6. **Sluit** het thema **af.** Vat samen wat er inhoudelijk maar ook op emotioneel vlak aan bod is gekomen. Evalueer kort wat de deelnemers ervan vonden.

7. **Leg een thema vast** voor de volgende oudergroep.

Voorbeelden van thema’s die in een vrouwengroep aan bod kunnen komen:
- relties
- echtscheidingen
- zwangerschap
- moeder-zijn
- dochter-zijn
- prostitutie
- alleenstaande moeders
- onzekerheden in de opvoeding
- …

Specifieke thema’s voor verslaafde ouders met kinderen:
- schuldgevoelens tegenover kinderen in verband met druggebruik
- schaamtegevoelens over het gebruik en de gevolgen hiervan voor de kinderen (verslaving als taboe)
- kinderen wel of niet inlichten over verslavingsprobleem - wanneer? – hoe?
- ouders die zorgen voor kinderen en kinderen die zorgen voor ouders (geven en nemen)
- het beste willen voor het eigen kind: wat betekent dit – hoe breng je dit in praktijk als je verslaafd bent
- voorbeeldfunctie van de ouders: en wat als je verslaafd bent?
- gebruiken en kinderen: hoe dit combineren?
- reacties en commentaar van familieleden, de buurt,… op de opvoeding van de kinderen
- (dreiging van) uithuisplaatsing van de kinderen
- …

3.2.5. Voorbeeld van een sessie

Thema: Kinderen inlichten over de verslaving van de ouders?

Vertel je aan je kinderen iets over je verslavingsproblemen? Argumenten pro en argumenten contra – op welke leeftijd – op welke manier – hoe antwoorden op vragen van kinderen -...

Stellingen:

1. Het is beter voor kinderen dat ze niets weten van de (drug)problemen van hun ouders.
2. Je kan je kinderen maar beter eerlijk de waarheid vertellen dan hen te laten raden wat er aan de hand is.
3. Zolang kinderen hun ouders niet zien gebruiken, weten ze niet wat er aan de hand is.
4. Kinderen kunnen dat niet begrijpen: drugs en verslaving.
5. Kinderen kunnen niet zwijgen. Als je hen over je problemen vertelt, vertellen ze dit zeker verder. Daarom zeg je beter niets.

Werkwijze:

Leg een kaartje met een stelling midden op tafel. Geef elke ouder een groene en een rode kaart. Lees de stelling voor en vraag de ouders een groene (akkoord) of een rode (niet akkoord) kaart op te steken. Bespreek de stellingen. Zorg dat elke ouder aan bod komt. Schenk hierbij aandacht aan gebeurtenissen en ervaringen van de deelnemers.

Aandachtspunten tijdens het gesprek:

- Vanaf welke leeftijd kan je met kinderen over druggebruik spreken?
- Hoe vertellen op het niveau van het kind (verhaaltjes, symbolen, boekjes, antwoorden op vragen, reageren op situatie,…)?
- Wat is het beste voor het kind en wat is het beste voor de ouders? Waarvoor kiezen als deze twee dingen tegengesteld zijn?
- Geheimhouding: wat betekent dit voor kinderen?

Stel de vraag wie wel eens met zijn of haar kinderen over drugs spreekt en hoe men dit aanpakt. Wie is van plan met zijn kinderen hierover te spreken? Hoe wil men dit doen? Dit kan eventueel geoefend worden door middel van een rollenspel.

Een andere mogelijkheid is om volgende twee situaties te bespreken samen met de ouders. Wat betekent dit voor het kind en hoe zouden de deelnemers op de situatie reageren?

> Stel dat je zoontje van 4 jaar zilverpapier voor je bewaart. Als hij een stuk chocolade heeft gegeten, geeft hij je elke keer het zilverpapier. Hoe reageer je hierop?
>
> Je dochter van 11 jaar vertelt dat ze op school tegen haar zeggen dat je “aan de drugs” bent. Hoe reageer je hierop?

3.3. Andere groepsactiviteiten

Naast oudergespreksgroepen en oudercursussen kunnen tal van andere groepsactiviteiten aangeboden worden. Met de nodige creativiteit en moed om buiten de klassieke hulpverleningsmodellen te stappen kan men tal van situaties creëren waarin ouders met hun kinderen spontaan in interactie gaan (opvoeden!). Deze situaties zijn een bron van informatie over het gezinsfunctioneren, over interactiepatronen binnen het gezin, rolverdelingen tussen de ouders, sterktes en tekorten in de opvoedingsvaardigheden van de ouders, en eventuele ontwikkelingsachterstanden van de kinderen. Meer nog dan een bron van informatie worden ouders door deze spontane, veilige situaties beïnvloed. Zowel een wederzijdse beïnvloeding door andere ouders, maar zeker ook door een beïnvloeding door de begeleiding van deze activiteiten. Deze beïnvloeding kan opvoedingsondersteunend gehanteerd worden.

De voordelen van dergelijke spontane groepsactiviteiten zijn enorm. In eerste instantie verloopt alles in een sfeer van spontaniteit, van plezierig samenzijn. Deze ontspannen sfeer, waar geen sprake is van taxeren en beoordelen van hun opvoedkundig handelen *vermindert weerstand.* Zeker wanneer de begeleiding hier op een bewuste en gepaste manier mee omgaat. In tweede instantie kan men met deze activiteiten zeer concreet *de positieve grondhouding waarmaken*. Door de activiteiten niet enkel vóór hun te organiseren maar ook dóór hun, worden ouders aangesproken op hun mogelijkheden in plaats van op hun onmogelijkheden. Het gevoel van competentie vergroot, waardoor het zelfwaardegevoel toeneemt. Bij de keuze van de activiteiten kan men bovendien erg nauw *aansluiten bij de behoeften en verlangens van de cliënten zelf*. Drugverslaafde ouders beschikken vaak niet over de mogelijkheden om bepaalde activiteiten met of voor hun kinderen te doen. Het verlangen om dit te doen bestaat echter ook bij hen. Door als dienst de mogelijkheden aan te reiken om toch sommige van deze verlangens van de ouders te verwezenlijken vergroot niet alleen hun gevoel van competentie in de opvoeding, hun betrokkenheid op hun kind, maar zeker ook het vertrouwen in de dienst.

Enkele voorbeelden van dergelijke groepsactiviteiten zijn:

- een dagje met de ouders en de kinderen naar de kinderboerderij,
- een weekendje naar de zee,
- sinterklaas uitnodigen op de dienst,
- de ouders de gelegenheid geven om, samen met de begeleiding, een verjaardagsfeestje voor hun kind te organiseren waarop de andere kinderen worden uitgenodigd,
- gezinsfoto's maken en samen ontwikkelen,
- met de kinderen een toneelstukje voor de ouders inoefenen en dit laten voordragen op de moedergespreksgroep,
- samen met grootouders, ouders en kinderen naar de dierentuin,
- …

Enkele valkuilen

- De spontane omgang tussen begeleiders en de gezinsleden mag niet tot gevolg hebben dat de begeleiders de verantwoordelijkheid van de opvoeding van de ouders overnemen. Het zijn niet de begeleiders die tijdens deze activiteiten instaan voor de veiligheid, het toezicht of het interageren met de kinderen. Beter is de ouders aan te spreken en vragen om te interveniëren wanneer er bijvoorbeeld regelovertredend gedrag, risicosituaties of dergelijke ontstaan.

- Als begeleider kan men tijdens deze activiteiten het ouderlijk gedrag beïnvloeden aan de hand van modelingtechnieken. Als men wil dat deze beïnvloeding bij de ouders tot een gedragsverandering leidt, moeten zij zich ervan bewust zijn dat er gemodeld wordt. Vooraf moet aan de ouders aangegeven worden dat men iets voordoet en dat zij dit eventueel kunnen overnemen. Een gevaar hierbij is dat men ouders het gevoel geeft dat ze het fout aanpakken. Ongevraagd advies of hun gedrag willen beïnvloeden, komt vaak bedreigend over. Bewaak het informele, spontane karakter van de activiteit. Vertrek vanuit het besef dat het op een ontspannen, aangename manier samenzijn van de gezinsleden reeds opvoedingsondersteuning is. Laat het vooral een aangename ervaring blijven en geen verdoken oudercursus.

- Wanneer men toch advies geeft, of modelingtechnieken wil toepassen, doe dit nooit op momenten dat andere cliënten aanwezig zijn. Ouders kunnen hierdoor het gevoel krijgen te mislukken, terwijl er mensen op staan te kijken. Eventuele nabespreking tijdens individuele gesprekken is meer aangewezen.

Groepswerking op het MSOC

Op het MSOC worden tal van groepsactiviteiten georganiseerd. De opvoedingsondersteunende invalshoek wordt op vele verschillende manieren ingebouwd. We bespreken hier enkele voorbeelden.

Kooksessies

Binnen de groepswerking van het MSOC nemen de wekelijkse kooksessies een belangrijke plaats in. Cliënten uit de methadonverstrekking worden uitgenodigd en aangespoord om, in samenwerking met een begeleider, een gerecht te koken. Tegen betaling van een symbolische bijdrage mogen de overige methadoncliënten mee-eten. Ook de medewerkers betalen een bijdrage. De ‘koks’ mogen gratis eten.

Op geregelde tijdstippen worden ouders met hun kinderen uitgenodigd om kindvriendelijke gerechten klaar te maken (pannenkoeken, frieten met frikandel,…). De keuken is dan niet enkel ingericht met kookgerei. Ook speelgoed, kleurboeken, spelletjes, enz. worden ter beschikking gesteld. Alzo ontstaat een situatie waarin ouders met kind op een spontane en veilige manier met elkaar interageren (of net niet!!).

Dit zijn ideale **observatiemomenten** om informatie te verzamelen over het pedagogisch aanbod van de ouders en de pedagogische vraag van het kind. Kook- en eetsituaties zijn “spitsuren” binnen een gezin. Het zijn momenten waarop het gehele gezin samen is en het er druk aan toe gaat. Bovendien wordt aan tafel een helder beeld rond de zorgcapaciteiten (primair) van de ouders naar het jonge kind verkregen. In kooksessies en eetsituaties op de dienst komen vele patronen terug die zich thuis afspelen. Terwijl de ouders koken kan ook een begeleider met het kind spelen en zo via een informele vorm van spelobservatie informatie verzamelen over het kind (participerende spelobservatie). Als aanwezige begeleider kan men hier ook actief opvoedingsondersteunend beïnvloeden.

Daguitstap naar de kinderboerderij

Vaak ontbreekt het drugverslaafde ouders aan middelen en mogelijkheden om zelf aangename activiteiten met hun kinderen te doen. De groepswerking stelt zich aldus tot doel de ouders een aantal ‘haalbare’ alternatieven aan te reiken. Zo werd er met de ouders en de kinderen van het MSOC een daguitstap georganiseerd naar de kinderboerderij. Hiervoor werd gekozen omdat dit een goedkope, gemakkelijk te organiseren activiteit is waar kinderen dolenthousiast rond zijn. Op deze manier wordt de kans vergroot dat zij op eigen initiatief deze activiteit zouden kunnen herhalen.

Ouders ervaren dat hun kind plezier beleeft aan dergelijke activiteiten. Wanneer ouders mee betrokken worden in de organisatie van dergelijke activiteiten vergroot dit bij hen het gevoel van iets aangenaams aan hun kind te kunnen aanbieden. Het vaak aanwezige en overheersende gevoel tekort te schieten, hun kind niets te kunnen aanbieden,… verdwijnt op de achtergrond. Tevens worden ouders geconfronteerd met andere ouders, met andere omgangsvormen, met andere visies op opvoeding.

Tijdens deze daguitstap waren twee begeleiders aanwezig. Zij namen foto's van het gebeuren. Spontane actiefoto's, maar ook geïnstrueerde foto's. Aan ouders of aan het kind werden soms instructies gegeven. Bijvoorbeeld het kind op de nek van de vader, moeder die samen met het kind een pony eten geeft, vader, moeder en kind samen op de glijbaan,… Net deze momenten werden op foto gezet, omdat zij getuigen van betrokkenheid, van samen een gezin vormen. Ouders kregen alzo ook binnen een veilig kader instructies om met de relatie te experimenteren, en de effecten van bepaalde handelingen te ervaren. Zo was er een moeder die reeds vaker had vermeld dat zij zelf nooit had ervaren hoe het is om geknuffeld te worden. Dit maakte dat zij het zeer moeilijk vond om haar eigen kind te knuffelen. Tijdens deze daguitstap werd zij meermaals zacht, en spontaan aangespoord om fysiek contact met haar kind te maken. Bijvoorbeeld door samen op een schommel te gaan, door elkaar een kus te geven,… Waarschijnlijk wekte deze fysieke contactname grote onzekerheid bij de moeder op, doch binnen de veiligheid van dit plezierige, informele gebeuren kon dit toch plaatsvinden. De moeder ervaarde het als een zeer aangename ervaring. Ook het kind straalde bij deze aandacht.

Enkele weken later werd op de dienst een donkere kamer ingericht en werden de ouders die op deze uitstap aanwezig waren uitgenodigd om de genomen foto's zelf te ontwikkelen (onder begeleiding). Het enthousiast zien tevoorschijn komen van plezierige herinneringen, het verhalen vertellen over de daguitstap,… zijn bijzonder waardevolle momenten. Zij vergroten de betrokkenheid op en de levendigheid van hun gevoel voor hun kind, hun partner en hun gezin.

Uit de ontwikkelde foto's mochten ouders enkele foto's kiezen. Deze werden ingelijst en aan de ouders meegegeven "voor thuis aan de muur". Ook een pasfoto van hun kind werd aan beide ouders meegegeven "voor in de portefeuille". Aan de hand van deze benadering werd getracht de relaties tussen de gezinsleden te versterken. Het creëren van een gezin en het aanspreken als gezin zijn zeer concrete voorbeelden van hoe met een beschermende factor (betrokkenheid op het kind vergroten, positievere beleving van de opvoeding,…) vorm kan geven.

Samenvattend

Omdat ze zich veilig voelen en weten en ervaren dat de dienst aandacht heeft voor kinderen zullen sommige ouders spontaan vragen stellen omtrent opvoeding. Anderen zullen (nog) niet deze stap durven zetten. Toch zullen we ook voor hen een aanbod op maat moeten uitwerken.

Opvoeding is een complementair en circulair proces waarbij de pedagogische vraag van het kind in wisselwerking staat met het pedagogisch aanbod van de opvoeders. Om hier een zicht op te krijgen is een degelijke gezinsanalyse vereist, die steunt op informatie van alle hulpverleners die bij het gezin betrokken zijn, op gesprekken met de ouders, spelobservatie,... Op basis daarvan wordt een handelingsplan opgesteld dat tot doel heeft de opvoeding te ondersteunen. Het opstellen van een handelingsplan dwingt de hulpverlener ertoe alle aspecten van de problematiek te bekijken en de handelingsdoelstellingen te expliciteren. Dit gebeurt best multidisciplinair en in overleg met alle collega’s. De uitvoering van dit handelingsplan wordt een opdracht van alle medewerkers die met het gezin in contact zijn, ieder vanuit zijn positie en relatie met het gezin.

Complementair aan dit geïntegreerd gezinsgericht aanbod op maat kan ook een groepsgerichte benadering uitgewerkt worden. Een groepsaanbod biedt voor de dienst, door observatie, de mogelijkheid om zonodig de gezinsanalyse bij te stellen, het geeft de ouders de mogelijkheid hun gedrag te toetsen aan dit van anderen, en het geeft aan de groepsleider in een ‘spontane setting ’ als bv. een kookactiviteit, kansen om gedrag te bekrachtigen, aan modeling te doen,… en achteraf in individuele (en veilige) sessies te bespreken.

Hoofdstuk 4: Evaluatie

Hoofdstuk IV: Evaluatie

Om na te kunnen gaan of een opvoedingsondersteunend aanbod adequate ondersteuning aan ouders biedt, is een evaluatie van het aanbod nodig. De eerste vraag die men bij een evaluatie van een opvoedingsondersteunend programma moet stellen is of het beoogde effect bereikt is. Deze vorm van evaluatie wordt effect- of productevaluatie genoemd. Daarnaast kan men ook trachten in kaart te brengen waarlangs deze effecten bereikt werden. Dit noemt men procesevaluatie.

Bij Klaver en Leseman (1996) vinden we een aantal criteria voor de beoordeling van een opvoedingsondersteunend aanbod. Deze criteria hebben zowel betrekking op een proces- als een productevaluatie. Onder een kwalitatief opvoedingsondersteunend aanbod verstaan Klaver en Leseman

> "… *een systeem van uiteenlopende activiteiten dat doelmatig en samenhangend in opvang en verwijzing is, bekend is bij gebruikers en intermediairen en fysiek bereikbaar is door cliënten. Cliënten dienen feitelijk gebruik te maken van het aanbod. Bovendien dient het aanbod inhoudelijk de vragen van de ouders te dekken, afgestemd te zijn op de steunbehoefte van ouders, naar tevredenheid van ouders steun te bieden en de competentie van de ouders bij de opvoeding te verhogen. Een laatste criterium wat hieraan toegevoegd kan worden, is de door de overheid gewenste samenwerking tussen bestaande instellingen voor hulpverlening".*

Het doel van evaluatie is dus niet enkel aan te tonen dat opvoedingsondersteuning werkt, maar ook waarom het werkt en vooral hoe het misschien nog beter kan werken. Evalueren is dus niet enkel een terug- maar ook vooruitkijken en zeker geen verspilde energie.

1. Effectevaluatie

Effectevaluatie van een opvoedingsondersteunend aanbod geeft antwoord op volgende vragen: is er een effect te bespeuren en kan het bekomen effect inderdaad aan de deelname aan het programma worden toegeschreven? Gewenste effecten van opvoedingsondersteunende programma's zijn: positieve veranderingen in het opvoedingsgedrag van de ouders en behoud ervan, uitbreiding van ouderlijke vaardigheden en competenties, attitudeverandering over opvoeding van de kinderen en hiermee samenhangend het ontwikkelingsproces van het kind in de best mogelijke omstandigheden laten verlopen.

Zo gesteld is effectevaluatie van een opvoedingsondersteunend aanbod niet eenvoudig. Vele van deze veranderingsindicatoren manifesteren zich namelijk pas op lange termijn. Bovendien kunnen er tal van externe factoren interfereren waarop het programma geen vat heeft. Wil men ondanks deze problemen toch genuanceerde conclusies trekken dan moet het onderzoeksdesign aan vele, strenge eisen voldoen. Begin- en eindsituatie moeten worden vergeleken, er moet naast de onderzoeksgroep een vergelijkbare controlegroep zijn en de onderzoeksinstrumenten moeten passen bij het doel en de aard van de interventie. Dit laatste is niet eenvoudig aangezien bestaande vragenlijsten om bijvoorbeeld gezinsbelasting, opvoedingsstijl van ouders, attitude van ouders,… in kaart te brengen, zich niet altijd lenen voor

een evaluatie van een preventief programma. Daarenboven is het een erg tijdrovende bezigheid en financieel een zware belasting voor een voorziening. Het betrekken van een externe, onafhankelijke onderzoeksinstantie lijkt meer aangewezen voor een effectevaluatie van een opvoedingsondersteunend aanbod.

2. Procesevaluatie

Naast de vraag of het aanbod effect heeft, is het ook belangrijk erachter te komen hoe dit effect bekomen werd. Welke elementen uit het aanbod hebben de veranderingen bewerkstelligd en welke niet? Om de effectiviteit van een interventie te kunnen verklaren in termen van de structuur en werking van een programma is procesevaluatie vereist. Procesevaluatie beoogt zo nauwkeurig mogelijk in kaart te brengen wat er feitelijk gebeurt wanneer een opvoedingsondersteunend programma tot ontwikkeling wordt gebracht, wordt opgestart, wordt uitgevoerd en wordt afgerond.

Verschillende methodieken kunnen hiervoor gehanteerd worden: groeps- of individuele evaluatiegesprekken, vragenlijsten,… Informatie kan zowel bij hulpverleners, cliënten en/of uit objectieve informatiebronnen (registratiegegevens,…) verkregen worden.

2.1. Bij hulpverleners

Aan de hand van een individueel gesprek en/of een bevraging met vragenlijsten bij alle betrokken teamleden krijgt men een zicht op elementen die in de ogen van hulpverleners als belangrijke succesfactoren of als tekorten van het programma worden ervaren. Mogelijke oplossingen of creatieve voorstellen kunnen aangegeven worden.

Het bevragen en inventariseren van succesfactoren en tekorten geeft uitstekende informatie omtrent werkpunten, aandachtspunten,… die bijsturingen of toevoegingen aan het aanbod mogelijk maken. Daartegenover staat dat deze benadering, vooral het individueel interviewen van teamleden arbeidsintensief, en dus kostelijk is. Een afweging omtrent de kosten en baten van een dergelijke benadering spelen zeker een belangrijke rol.

2.2. Bij cliënten

Informatie omtrent de succesfactoren en tekorten van een programma kan men ook bij de drugverslaafde ouders inwinnen. Ook hier kan men kiezen om groeps- of individuele evaluatie-gesprekken te voeren. Ook vragenlijsten kunnen hiervoor aangewend worden.

Het expliciet bevragen en inventariseren van succesfactoren en tekorten bij de cliënt heeft verscheidene voordelen. Enerzijds reikt het enorm waardevolle informatie aan over elementen die werken en niet werken, anderzijds vergroot het de betrokkenheid van de cliënten op het programma. Zij geven zelf mee vorm aan het aanbod. Eigen noden en behoeften kunnen op een creatieve wijze plaats krijgen binnen het aanbod.

2.3. Objectieve informatiebronnen

Bevraging van hulpverleners en cliënten geeft in het licht van een procesevaluatie zeer belangrijke informatie. Deze subjectieve, kwalitatieve benadering kan echter ook misleidend zijn.

Zo zullen hulpverleners die veel tijd en energie in dit aanbod hebben geïnvesteerd alleen al omwille van deze reden positief zijn omtrent het aanbod. Ook cliënten die veel energie hierin investeren kunnen moeilijk erg negatief zijn over het aanbod. Dit zou namelijk betekenen dat zij hun tijd en energie aan een zinloze activiteit hebben besteed. Bovendien is een bevraging steeds gekleurd door de context waarin deze bevraging gebeurt. Als hulpverleners cliënten bevragen zal de verkregen informatie sterk bepaald worden door het feit dat de bevraging net door hun hulpverlener gebeurt. Kritiek geven op een programma wordt al erg moeilijk.

Vandaar dat men kan kiezen ook objectieve informatie in de procesevaluatie te betrekken. Hoeveel ouders namen deel aan het aanbod? Verminderde het aantal doorheen het programma? Of vermeerderde het? Stelden deelnemers meer vragen? Kwamen zij regelmatiger op hun afspraken?,… Ook eventuele toename van overlegmomenten, van doorverwijzingen,… kunnen hierbij opgenomen worden. Dergelijke informatie kan verkregen worden uit dossier en registratiegegevens.

Evaluatieonderzoek van het project

Effectevaluatie

Op het MSOC vond geen effectevaluatie plaats. Dit had verschillende redenen. Vooreerst was de duur van het project (9 maanden) te kort. Voor een dergelijk project is een longitudinaal onderzoek aangewezen, maar daarvoor ontbraken de nodige methodologische expertise, de financiële middelen en de tijd.

Procesevaluatie

Op het MSOC werd veel energie besteed aan procesonderzoek. Aan de hand van vragenlijsten en evaluatiegesprekken met de teamleden werd getracht informatie in te winnen over verschillende facetten van het project.

Bij hulpverleners van het MSOC

Vragenlijst

Teamleden van het MSOC werden gedurende de termijn van het project tweemaal bevraagd. Een eerste bevraging vond plaats vóór er binnen de teamwerking enige initiatieven werden gelanceerd (voorafmeting). De tweede bevraging vond plaats nadat de termijn verstreken was. Beide bevragingen gebeurden ook op een andere dienst (CAD). Aangezien dit team buiten het project stond en er bijgevolg geen invloed van ondervond beschouwen we hen als vergelijkingsgroep. De vragenlijst die we hanteerden is in bijlage 6 toegevoegd. Deze werd, na vruchteloos speuren in de literatuur zelf ontworpen. De vragenlijst gebruikt verschillende methodieken (ja-nee vragen, schaalmethode, stellingen,…) en peilt naar meerdere elementen. In een eerste deel trachten we de plaats van opvoeding in de werking van het MSOC in kaart te brengen. In het tweede deel wordt de opvoedingssituatie bij deze gezinnen bevraagd. In een laatste deel worden, aan de hand van stellingen, de verschillende visies op dit thema bevraagd.

De doelstellingen die met deze bevraging beoogd werden, waren:
Deel 1
- Zicht krijgen op de plaats van verschillende thema's, waaronder opvoeding, binnen de MSOC-werking (Vraag 1, 2).
- Zicht krijgen op het belang dat **hulpverleners** hechten aan verschillende thema's, waaronder opvoeding (Vraag 4).
- Zicht krijgen op het belang dat **cliënten** hechten aan verschillende thema's, waaronder opvoeding (door de ogen van de hulpverlener) (Vraag 3).

- Zicht krijgen op die thema's waar hulpverleners weerstand bij cliënten ervaren (Vraag 5).

Deel 2
- Zicht krijgen op het hulpverlenersperspectief m.b.t. opvoedingsproblemen binnen deze gezinnen (Vraag 1).
- Zicht krijgen op de betrokkenheid tot het thema 'opvoeding' (Vraag 2).
- Zicht krijgen op het gevoel van competentie bij hulpverleners om op het vlak van opvoeding te kunnen werken (Vraag 3).

Deel 3
- In kaart brengen van verschillende visies rond opvoeding en drugverslaving (Stellingen).

Aan de hand van de tweede bevraging werd het mogelijk eventuele wijzigingen, tendensen of evoluties op deze verschillende gebieden in kaart te brengen. De resultaten uit de vergelijkingsgroep (CAD-bevragingen) gaven tevens de mogelijkheid deze eventuele tendensen of wijzigingen toe te schrijven aan invloeden van het project.

Enkele conclusies

We bespreken hier enkel conclusies die betrekking hebben op de hier besproken thematiek: opvoeding en druggebruik. Andere opvallende elementen uit deze bevraging worden hier niet toegelicht.

Deel 1:
- Het thema 'opvoeding' krijgt, na het thema 'druggebruik', de meeste aandacht in de MSOC-werking. Deze resultaten constateerden we bij beide bevragingen. Ondanks dat het thema 'opvoeding' ook in de tweede bevraging nog steeds een zeer belangrijke (2de) plaats werd toegekend, blijkt dit toch ná het project minder te zijn dan vóór het project! Andere thema's kregen meer plaats binnen de MSOC-werking. Een verklaring voor dit onverwacht resultaat is onduidelijk.
- Hulpverleners hechtten vóór het project het meeste belang aan het thema 'Opvoeding'. 'Druggebruik' vinden we pas op een vijfde plaats, na 'Psychisch welbevinden', 'Partnerrelatie' en 'Gezondheid'. Na het project staat het thema 'Druggebruik' wel op de eerste plaats, gevolgd door het thema 'Opvoeding'. Ook hier wordt het thema 'Opvoeding ' na het project als minder belangrijk ervaren!
- Volgens hulpverleners, bevraagd vóór het project, hechtten cliënten het meeste belang aan het thema 'Opvoeding'. Het thema 'Financiële problemen' komt op een tweede plaats vóór 'Druggebruik'. Na het project wordt het thema 'Druggebruik' weer het belangrijkste thema, gevolgd door 'Opvoeding'. De financiële problemen blijven zeer belangrijk in de ogen van cliënten!
- Hulpverleners die cliënten helpen bij problemen omtrent huisvesting, financiën, justitie ervaren weinig weerstand. Dit is niet het geval bij het werken aan traumatische ervaringen en de vroegere gezinssituatie. De weerstand omtrent opvoeding is middelmatig. Dit resultaat was onverwacht, aangezien bij vele diensten vaak de opvatting leeft dat drugverslaafde ouders niet bereid zijn en/of weerstand hebben om rond opvoeding te werken. Deze resultaten worden bij beide bevragingen teruggevonden.

Deel 2:
- Hulpverleners schatten de pedagogische capaciteiten van de cliënten vóór het project laag in. Na het project worden deze capaciteiten iets hoger, maar nog steeds een stuk onder het gemiddelde, ingeschat.
- MSOC-teamleden vinden het een belangrijke taak om bij drugverslaafde ouders aandacht te besteden aan hun pedagogische capaciteiten. Vooral het aanleren van pedagogische vaardigheden (grenzen stellen, sanctioneren, aandacht schenken,…) wordt als belangrijk ervaren.
- Vóór het project schatten teamleden hun bekwaamheid om met drugverslaafde ouders aan hun pedagogische capaciteiten te werken hoger in dan na het project. De interpretatie van deze resultaten is moeilijk, aangezien teamleden opmerken dat zij doorheen het project veel realistischer zijn gaan denken over hun bekwaamheid op dit vlak.

Deel 3:

- De visie op het MSOC als dienst waarbinnen opvoedingsondersteunend gewerkt dient te worden (stelling 5) is doorheen het project gewijzigd. Aanvankelijk werd dit niet opportuun geacht. Na het project blijkt deze negatieve houding sterk afgezwakt. Na het project wordt het belang van het opvoedingsondersteunend werken zinvol en noodzakelijk geacht. Bij de resultaten van de controlegroep blijft een dergelijke evolutie uit. Uit de resultaten van de vergelijkingsgroep blijkt dat zij het opvoedingsondersteunend werken geen taak van het MSOC vinden.
- Hierbij aansluitend stellen we vast dat werken in het belang van het kind bij het MSOC steeds meer aandacht krijgt. Daar waar er voor het project nog zeer sterk de overtuiging bestond dat wij niet in het belang van het kind konden werken, is er gaandeweg een meer gematigde houding gegroeid. Toch blijft het MSOC zeer duidelijk kiezen voor het belang van de druggebruikende cliënt. Samenwerking werd als alternatief geformuleerd, zodat het belang van het kind toch gewaarborgd werd.
- Het MSOC beleeft andere diensten minder negatief. Hulpverleners vinden veel minder dan voor het project dat andere diensten te snel overgaan tot uithuisplaatsing van de kinderen. Mogelijk is deze tendens ook te verklaren door de meer realistische kijk op de omvang en de ernst van de opvoedingsproblematiek, die er doorheen het project is gegroeid. Bij de vergelijkingsgroep blijven andere diensten nog steeds te snel overgaan tot uithuisplaatsing.
- De klemtoon van opvoedingsondersteunend werken bij drugverslaafde ouders moet volgens de MSOC-teamleden liggen op een bevestigen van hun ouderrol, in tegenstelling tot de uithuisplaatsing van de kinderen.

Bemerking i.v.m. de vragenlijst

De vragenlijst zoals het in de bijlage gepresenteerd wordt, werd niet onderzocht op de validiteit. Hierdoor wordt de interpretatie van de vragenlijst problematisch. Vandaar werd gekozen voor een interpretatieve wijze van scoring van de resultaten. De bekomen resultaten werden steeds in verband gebracht met informatie uit andere evaluatiemomenten. Op deze manier hoopten we toch enige conclusies te kunnen trekken omtrent het proces van het project.

Evaluatiegesprekken

Twee maal werden teamleden uitgenodigd om in groep feedback en een evaluatie van het project te geven. Een eerste maal omtrent bijsturing, een tweede maal omtrent eindevaluatie. Beide malen werd een aantal stellingen geponeerd waarop reactie vanuit het team werd gevraagd. Reeds bij het eerste tussentijds evaluatiemoment werd de evolutie in visie en betrokkenheid op dit thema sterk naar voor gehaald. De meerwaarde van een dergelijk aanbod werd door de grote meerderheid van het MSOC-team erkend.

Als succesfactoren werden vooral benoemd: de veilige vertrouwensrelatie die het MSOC heeft met deze drugverslaafde ouders, de afwezigheid van het taboe rond druggebruik en de kindvriendelijke inrichting van de dienst. Rond het multidisciplinair gezinsoverleg werden zowel voor- als nadelen aangegeven. De tijdsinvestering in dit overleg weegt zwaar op een reeds overvolle agenda. Het efficiënter werken, het op elkaar afgestemd zijn en de planmatige aanpak werden echter als zeer positief en zinvol ervaren. Ook de uitgebreide aandacht die werd besteed aan het inbedden van het programma in het team, aan de hand van visieontwikkelingsmomenten, didactische teamvergaderingen, bevragingen,… werden aangegeven als belangrijke aspecten van het welslagen van een dergelijk project.

De gebrekkige samenwerking met andere diensten werd als grootste minpunt in de werking ervaren. Nochtans is een dergelijke samenwerking met CBJ, met thuisbegeleidingsdiensten,… voor een ambulante dienst die aan opvoedingsondersteuning naar deze doelgroep wil werken zeer belangrijk. De reeds aangehaalde tijdsdruk en overvolle agenda's waren hier niet vreemd aan. Deze factoren hebben de uitvoering van het handelingsplan soms onmogelijk gemaakt.

Bij cliënten van het MSOC

Vragenlijsten

Er werd beslist om cliënten niet te belasten met het invullen van vragenlijsten, noch omtrent succesfactoren, noch omtrent eventuele tekorten van het opvoedingsondersteunend aanbod.

Evaluatiegesprekken

Tijdens de **verstrekkingsmomenten** werd enkele malen expliciet stilgestaan bij de evaluatie van het opvoedingsondersteunend aanbod. Dit maakte deel uit van de thematische groepswerkingen die, min of meer formeel/informeel, door de groepswerkster van het MSOC worden georganiseerd. Verschillende thema's komen daarbij aan bod: racisme, tewerkstelling, justitie,… Cliënten worden uitgedaagd om meningen of standpunten uit te spreken. Ook het thema opvoeding werd zo enkele malen besproken.
Uit deze evaluatiemomenten bleek duidelijk dat de expliciete aandacht voor de opvoedingsmoeilijkheden van cliënten, binnen een veilig kader, als een meerwaarde wordt ervaren. De erkenning van hun ouderrol en hun pogingen om dit zo goed mogelijk te doen werden bovendien als egoversterkend ervaren. De positieve benadering en de gezinsversterkende activiteiten (fotosessie, kinderboerderij,…) werden als zeer positief beleefd. De tekorten van het programma in de beleving van de cliënten waren: de angst omtrent wat met informatie gebeurt, de angst voor uithuisplaatsing ten gevolge van overlegmomenten, het ontbreken van mogelijkheden om voor de kinderen te zorgen als zij het even niet meer aankunnen,…

Ook binnen de **vrouwengroep** werd expliciet en gestructureerd stilgestaan bij evaluatie van de gespreksgroep. Om de vier weken werd teruggekeken op de voorbije periode. Aan de hand van het stellen van vragen werden succesfactoren en tekorten geïnventariseerd. Hoe hebben zij zelf de afgelopen vier weken de vrouwengroep ervaren? Welke thema’s vonden ze boeiend en leerrijk, welke niet? Welke methodieken sloten aan en welke niet? Waar hebben zij nog behoefte aan?, …
Deze systematische evaluatiemomenten zijn bedoeld om steeds het aanbod af te stellen op de noden en behoeften van de ouders. Het expliciet tijd nemen voor dit aspect wordt door de ouders positief beleefd. Zij blijven zelf vormgeven aan hun gesprekken en blijven betrokken op de onderwerpen. Dit werd als succesfactor naarvoor geschoven. Er werd voor een mondelinge bevraging geopteerd. Vele van de moeders kunnen immers zeer slecht, of helemaal niet lezen, waardoor het lezen van kleine tekstjes, stellingen,… of het laten schrijven van meningen,… als frustrerend en schaamtevol wordt ervaren.

Tot slot werden ouders ook **individueel** gevraagd naar hun feedback op de werking. Hier werd gekozen deze evaluatiemomenten te integreren in de reeds bestaande begeleidingen, door de hulpverlener die hiervoor het best gepositioneerd was.

Samenvattend

Een evaluatieonderzoek is aangewezen enerzijds om na te gaan of er een gewenst en beoogd effect is opgetreden tengevolge van het aanbod (effectevaluatie). Anderzijds is het belangrijk een zicht te krijgen op welke factoren en elementen uit het programma net voor deze effecten verantwoordelijk is (procesevaluatie). Evaluatiegegevens zijn noodzakelijk voor het optimaliseren en bijsturen van het aanbod.

Omwille van een aantal methodologische vereisten is het uitvoeren van een effectevaluatie van een opvoedingsondersteunend aanbod een moeilijke, tijdrovende en dure aangelegenheid. Het aanspreken van een onderzoeksinstelling lijkt aangewezen.

Aan de hand van vragenlijsten, groeps- en/of individuele evaluatiegesprekken met hulpverleners en/of cliënten kan men een zicht krijgen op sterktes en tekorten in het programma. Ook objectieve gegevens kunnen hierbij aangewend worden.

Bijlage 1: Samenwerkingsprotocol



Samenwerkingsprotocol CKG's-Regio Antwerpen en BUBBELS & BABBELS

1. Inleiding
Dit samenwerkingsprotocol omschrijft en formaliseert de samenwerking tussen BUBBELS & BABBELS, Zeilstraat 16 te 2060 Antwerpen en de Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG's) – regio Antwerpen inzake hulpverlening aan kinderen van drugafhankelijke ouders. De concrete partners worden in bijlage benoemd.

Doel van dit samenwerkingsprotocol is het voorkomen van en optreden bij risicosituaties die zich kunnen voordoen bij kinderen van drugafhankelijke ouders.

2. Samenwerkingsmodaliteiten
Het CKG is principieel bereid deel uit te maken van het netwerk van hulpverlenende instanties die bij het gezin kunnen betrokken worden in het kader van bovenstaande doelstelling. De casemanager van BUBBELS & BABBELS kan hiertoe een beroep doen op één van de verantwoordelijken om samen met de ouders te zoeken naar een aanbod dat beantwoordt aan de noden van het kind op dat moment.

3. Engagementen van BUBBELS & BABBELS
BUBBELS & BABBELS engageert zich om alvorens te verwijzen naar een CKG de thuissituatie uitgeklaard te hebben en de cliënt gemotiveerd te hebben voor een doorverwijzing; BUBBELS & BABBELS formuleert aan de hand van de informatie van de verschillende netwerkpartners de problematiek maar laat aan het CKG de vrijheid om het aanbod naar eigen aanvoelen in te vullen.

BUBBELS & BABBELS volgt het hulpverlenings- of ondersteuningsaanbod op regelmatige basis op door middel van telefonisch of schriftelijk contact.

4. Engagementen van het CKG
Het CKG engageert zich om bij situaties waar door BUBBELS & BABBELS een noodzaak tot opvoedingsondersteuning wordt vastgesteld, om te voorzien in dit aanbod binnen een redelijke termijn. Er wordt hierbij gestreefd naar een motiverende aanpak, die ook bij dreigend afhaken aanklampend blijft.

Het CKG engageert zich om met de casemanager van BUBBELS & BABBELS in overleg te gaan wanneer de ondersteuning om welke reden dan ook wordt stopgezet of niet wordt aangevat.

Het CKG brengt de casemanager van BUBBELS & BABBELS op de hoogte wanneer de veiligheid van het kind niet met het eigen aanbod kan worden gegarandeerd, en wanneer andere of bijkomende acties naar het kind noodzakelijk worden geacht.

Tevens verklaart het CKG zich bereid om op vraag van de casemanager op regelmatige tijdstippen verslag uit te brengen over de evoluties van de gezinssituatie, zoals door hen waargenomen, wanneer het gezin door hen ondersteund wordt.

5. Procedures:
De casemanager van BUBBELS & BABBELS brengt het CKG telefonisch op de hoogte van het bestaan van de vraag naar opvoedingsondersteuning. Samen de casemanager, eventuele andere hulpverlenende

instanties én de ouder(s), wordt een overleg gehouden, waarop een concreet hulpverleningsplan wordt opgemaakt. M.b.t. de keuze van welk CKG wordt aangesproken, wordt rekening gehouden met de regio en bereikbaarheid van het CKG en eventuele specificaties.

Bij het opstellen van dit hulpverleningsplan wordt de rol en verantwoordelijkheid van alle partijen duidelijk gemaakt en worden de verwachtingen t.a.v. de begeleiding geïnventariseerd. Tevens worden duidelijke afspraken gemaakt over welke informatie kan doorgegeven worden en over een termijn van nieuw gezamenlijk overleg en evaluatie. De casemanager voorziet in een schriftelijke synthese van dit gesprek en bezorgt dit aan alle partijen.

Het CKG voorziet in een opvoedingsondersteunend aanbod in functie van de noden van het kind en diens gezin en van wat op dat moment haalbaar of wenselijk wordt geacht.

Na de intakefase informeert het CKG de casemanager op regelmatige tijdstippen over de verdere begeleidingsdoelen en de huidige situatie zoals door hen ervaren. Indien het aanbod afwijkt van dit welk voorzien was na het gezamenlijk overleg, dan is het wenselijk dat dit in alle openheid kan besproken worden tussen het CKG, de casemanager en de ouder(s).

Er worden de nodige afspraken gemaakt in functie van opvolging en coördinatie van de hulpverlening.

6. Verantwoordelijkheid en uitwisseling van informatie

Beide partijen erkennen dat het uitwisselen van informatie betreffende de cliënten dient te gebeuren met respect voor de privacy van de cliënten en met inachtneming van de regels inzake beroepsgeheim. Daarom wordt gestreefd naar het verkrijgen van de toestemming van de cliënt om informatie uit te wisselen. Deze informatie-uitwisseling dient te gebeuren in de grootst mogelijke openheid naar de cliënt, bij voorkeur in het bijzijn van de cliënt.

In risicosituaties, waar de veiligheid van het kind in gevaar is en of de medewerking van de cliënt minimaal is, is dit echter niet altijd mogelijk. In deze situaties moeten beide diensten hun verantwoordelijkheid kunnen opnemen in het belang van het kind. Er dient in deze gevallen een afweging gemaakt te worden tussen beroepsgeheim en bescherming van het kind. Beide diensten hebben hierin een gedeelde (gezamenlijke) verantwoordelijkheid.

7. Opvolging en evaluatie

Dit samenwerkingsprotocol is een overeenkomst die in de loop van de samenwerking kan bijgestuurd worden op basis van praktijkervaringen. In dit verband wordt het samenwerkingsprotocol jaarlijks geëvalueerd. Deze evaluatie gebeurt op het niveau van de coördinatoren van de respectievelijke werkingen. Indien er zich eerder problemen zouden voordoen in de uitvoering van dit samenwerkingsprotocol wordt dit opgenomen op het niveau van de coördinatoren.

Ondertekend te Antwerpen, …..

Namens CKG …..   Namens BUBBELS & BABBELS

Bijlage 2 : Het Leuvens analytisch schema voor pedagogische spelobservatie[4]

Hellinckx (s.d., p.86) omschrijft pedagogische spelobservatie als volgt:

> *"De participerende observatie van de spelleider die in een vrije spelsituatie met een kind in relatie treedt, teneinde de (specifieke) opvoedingssituatie van het kind te verhelderen en zo een bijdrage te leveren tot de analyse van de problematische opvoedingssituatie."*

De spelleider tracht na te gaan wat de pedagogische vraag van het kind is en hoe het aanbod van de ouders hier beter op afgestemd kan worden. Hiervoor moet de spelleider het kind beter leren kennen. Bij een pedagogische spelobservatie wordt de opvoedingssituatie geanalyseerd vanuit de optiek van het kind.

Pedagogische spelobservatie heeft steeds het karakter van een opvoedingssituatie waarbij de relatie tussen de spelleider en het kind centraal staat. De spelleider creëert een bepaald pedagogisch aanbod (een bepaald klimaat en een bepaalde situatiehantering) waar het kind op antwoordt door middel van zijn gedrag. Op deze manier kan achterhaald worden wat voor dit kind een optimale pedagogische benadering is.

Naast het in-relatie-treden kunnen andere aspecten geobserveerd worden, zoals de inhoud en de vorm van het spel, de presentatie van het kind,...

Het onderstaand schema voor pedagogische spelobservatie is een hulpmiddel bij het systematisch verwerven en verwerken van pedagogische spelobservatiegegevens.

---

[4] Uit: Hellinckx, W, Gezinsgerichte pedagogische hulpverlening met betrekking tot gedragsstoornissen. S.d., Leuven: Afdeling Orthopedagogiek.

PRESENTATIE VAN HET KIND

1. Lichamelijk voorkomen

Valt het kind op een van de volgende vlakken op:
1.1. Lichamelijke toestand
bv. gezond, blozend, bleek, zwak, vermoeid, …
1.2. Lichaamsbouw
bv. grootte, gewicht, …
1.3. Kleding, verzorging
1.4. Andere fysieke of uiterlijke karakteristieken
bv. beugel, …
1.5. Opvallende gedragingen
bv. nagelbijten, duimzuigen, rocking, dagdromen, automutilatie, …

Wanneer? Evolutie?

2. Motoriek en psychomotoriek

2.1. Motoriek
2.1.1. Statische motoriek
- Ontspannen, los – verkrampt, gespannen, stijf, …
- Wanneer is het kind gespannen? Evolutie?

2.1.2. Dynamische motoriek
- Soepel – houterig
- Traag – snel
- Beheerst, gericht – ongericht

2.1.3. Uitdrukkingsmotoriek
- Star – levendig
- Rustig – onrustig
- Open, veelzeggend, expressief – gesloten
- Is mimiek afwezig?

2.1.4. Specifieke observaties i.v.m. de motoriek
- Vitaliteit
  Energierijk, beweeglijk, steeds actief – suf, lusteloos, …
  Is het kind altijd zo?
  Zijn er schommelingen?
- Handig – onhandig
- Stoornissen: tics, grimassen, …

2.2. Ruimtelijke oriëntatie
- Kan het kind ruimtelijke structuren hanteren?
- Kent het links en rechts aan zichzelf en aan de dingen?

2.3. Lateralisatie
- Links – rechts – bilateraal

3. Spraak en taal

3.1. Spraak
3.1.1. De wijze waarop het kind spreekt
- Veel, bijna constant – weinig, niet
- Stil – luid
- Levendig – monotoon
- Gekunsteld, op klagende toon, …

- Rustig, beheerst – vlug, struikelend over eigen woorden

3.1.2. Problemen
- Vertraagde spraakontwikkeling (niveau)
- Articulatieproblemen: lispelen, bepaalde klankverbindingen die niet goed worden uitgesproken
- Stotteren: wanneer, frequentie
  Gaat dit gepaard met grimassen, tics, …

3.2. Taal

3.2.1. Taalontwikkelingsniveau (actief = passief)

3.2.2. Opvallende aspecten:
- Schutwoorden, vloeken, …
- Babytaal, volwassentaal, …
- Afwijkend taalgebruik, …

4. <u>Zelfredzaamheid</u>

Met of zonder hulp?

5. <u>Problem-solving</u>

5.1. Probleemoplossend vermogen
- Probleemtoestanden herkennen
- Problemen ontwijken - moed verliezen
- Gissen en missen
- Planmatig problemen analyseren
- Doelmatig – ondoelmatig handelen

5.2. Sociaal inzicht

WIJZE VAN IN-RELATIE-TREDEN VAN HET KIND MET DE SPELWERELD

1. <u>Exploratie</u>

Is er exploratiedrang aanwezig?
De wijze van exploreren

2. <u>Spelopbouw</u>

2.1. Spelkeuze

2.1.1. Kiest het kind zelfstandig?
Gaat het enkel in op suggesties van de spelleider?
Laat het de keuze volledig aan de spelleider over?
Laat het zich leiden door spelmateriaal?

2.1.2. Spelvoorbereiding
- Maakt het kind een spelplan of is de uitkomst verrassend?
- Gerichtheid en duur van de spelvoorbereiding

2.2. Materiaalkeuze

2.2.1. Met welk materiaal speelt het kind?
- Diffuus materiaal (water, zand,…)
- Expressief materiaal (verf, klei, bord,…)
- Rivaliserend materiaal (gezelschapsspelen,…)
- Constructiemateriaal (blokken,…)
- Gestructureerd materiaal (poppen, auto’s,…)

- Agressie– en / of oorlogsmateriaal (revolver, zwaard,…)
- Verkleedmateriaal

2.2.2. Algemene opmerkingen
- Durft de jongen meisjesspeelgoed gebruiken en vice-versa?
- Kiest het kind een adequate hoeveelheid speelgoed - te uitgebreid of te beperkt?
- Kiest het kind solitair of sociaal spel?
- Kiest het kind alleen vertrouwd speelgoed?

3. <u>Spel</u>

3.1. Spelniveau

3.1.1. Laagverbeeldend spel
- Welke spelvormen?
- Is er afweer t.o.v. bepaalde spelvormen?
- Verbreekt het kind dit spel?

3.1.2. Hoogverbeeldend spel
- Welke spelvormen?
- Gaat het kind in op pogingen van de spelleider om hoogverbeeldend spel op gang te brengen?
- Is er sprake van stijgen en dalen van de betrokkenheid? Op welke momenten?

3.1.3. Aandacht en concentratie
- Speeltijd: gering – voldoende
- Aandacht: gericht – niet gericht, van de hak op de tak
- Wil het met alles tegelijkertijd spelen?

3.1.4. Flexibiliteit
Kan het kind naar iets anders overschakelen of bijt het zich vast in een bepaald spel zodat het er niet uit kan?

3.1.5. Leeftijdsadequaatheid
Kan het kind bij zijn leeftijd passende activiteiten spelen?
Heeft het een beperkt spelrepertoire – voldoende gevarieerd?

3.3. Spelinhoud

3.3.1. Fantasie
- Eigen fantasie uitbeelden – werkelijkheid nabootsen
- Mate van doen-alsof

3.3.2. Drukt het kind bepaalde belevingsinhouden uit?
- In statisch illusief spel
- In dynamisch illusief spel

3.3.3. Identificeert het kind zich met bepaalde spelfiguren?
Herkent men linken met de situatie van het kind?

3.3.4. Welke zijn de relevante spelopmerkingen van evaluatieve en interpretatieve aard?

4. <u>Andere activiteiten</u>

Komen er nog andere activiteiten voor in de spelkamer buiten spelen: bv. rondkijken, praten over spelmateriaal, omgeving, … ?

WIJZE VAN IN-RELATIE-TREDEN VAN HET KIND MET DE SPELLEIDER

1. Gedragscomponenten

PEDAGOGISCHE HANDELINGEN	OBSERVATIETOPICS
1.1. <u>AANDACHT</u>	
	1.1.0. Kwantiteit
1.1.1. Aanwezigheid manifesteren	1.1.1. Aandacht vragen
- volgen	- zich hulpeloos opstellen
- verwoorden	- zich aanstellen
- toekijken	- zich opdringen
- verbaal bevestigen	- rechtstreeks vragen om aandacht
- luisterhouding aannemen	- uitdagen
1.1.2. Belangstelling tonen	- volgen
- verbaal affectie geven	- converseren
- positieve waardering uiten	- commentariëren
° steunen	- vleien
° loven, prijzen, complimenteren	- bevestiging vragen
° gerust stellen	- nadoen of meedoen
- actief luisteren	1.1.2. Negeren
	- afwijzen
	- vluchten
1.1.3. Fysiek contact	1.1.3. Fysiek contact zoeken
1.2. <u>HULP</u>	
	1.2.0. Kwantiteit
1.2.1. Informeren	1.2.1. Verbaal hulp vragen
- zakelijk informatie geven	- verduidelijking vragen
- aanwijzingen geven	- medewerking vragen
- alternatieven bieden	- bevel geven
1.2.2. Structureren	- eisen
- plaats maken	- dreigen
- vereenvoudigen	- onderhandelen
- orde scheppen	- zeggen dat het niet lukt
- voorwerpen aanreiken	1.2.2. Non-verbaal hulp vragen
- volgorde activiteiten	- onmacht demonstreren
- aantonen	- wenen
1.2.3. Variëren	- overschakelen naar een andere activiteit
1.2.4. Suggereren	
1.3. <u>GRENZEN</u>	
	1.3.0. Kwantiteit
1.3.1. Aangeven	1.3.1. Zich eraan houden
- zakelijk vermelden	- instemmen
- toelichten	- waaromvragen
- inprenten	- commentaar leveren
- appelleren (als ik-boodschap	1.3.2. Uittesten

formuleren)
- wijzen op de gevolgen

1.3.2. Afspreken
- onderhandelen
- alternatieven/compromissen zoeken

1.3.3. Opleggen
- verbieden ‘neen’
- fysieke dwang
- fysieke barrière

1.3.3. Direct of indirect grenzen vragen
- vragen wat mag
- vragende blik, weifelen, afwachten
- uitdagen
- dreigen

1.3.4. Overtreden

1.4. SANCTIONEREN

1.4.0. Kwantiteit

1.4.1. Belonen
1.4.2. Straffen
1.4.3. Negeren
1.4.4. Confronteren

1.4.1. Als beloning ervaren
- stralen, genieten
- het zeggen

1.4.2. Beloning negeren, weigeren, protesteren, boos worden

1.4.3. Als straf ervaren

2. Beschrijving

2.1. Klimaat
- Welke aspecten moeten er in het basisklimaat benadrukt worden?

2.2. Situatiehantering
- Welke probleemsituaties komen er voor? (beschrijving)
- Welke pedagogische handelingen slaan in die situatie aan bij het kind?

Bijlage 3: Gezinsanamneselijst voor verslaafde ouder en kind[5]

Naam van het kind: …………..
Geslacht: jongen / meisje
Geboortedatum: dag … mnd … jr …
Klas/school: …………..
Naam moeder: ………….
Geboortedatum moeder: dag … mnd … jr …
Naam Vader: ………….
Geboortedatum vader: dag … mnd … jr …
Vaste verzorg(st)er: moeder / vader*

Formulier werd ingevuld door: ……………….
Datum van invullen: dag … mnd … jr …

1. Sociaal-maatschappelijke situatie

Woont hij/zij samen met een vaste partner		Ja / nee
Indien ja:	Is dit de vader / moeder?	Ja / nee
	Zijn zij gehuwd?	Ja / nee

Beroep / werk moeder: ……………………………………………………….……………………
Opleidingsniveau moeder: ………………………………………………………………………..

Beroep / werk vader: ……………………………………………………………………………
Opleidingsniveau vader: ………………………………………………………………………

Welke bron(nen) van inkomsten:

A) Werk	Ja / nee
B) Uitkering	Ja / nee
C) Alimentatie	Ja / nee
D) Illegaal/onrechtmatig (dealen, prostitutie,…) ………………………….	Ja / nee
E) Anders …………………………………………………………………	

Is er voldoende geld voor de verzorging van het kind? Ja / soms/ nee

Zijn er meerdere kinderen? Ja / nee
Indien ja: Hoeveel? ……………………….
Geboortedata : …………….. dag …. mnd … jr …
…………….. dag …. mnd … jr …
…………….. dag …. mnd … jr …

[5] Deze vragenlijst werd aangepast overgenomen uit Groeneweg & Lechner-van de Noort, Kinderen van drugverslaafde ouders: opvoeding en ontwikkeling (1988)
* De vaste verzorg(st)er wordt in de vragenlijst steeds als referentiepersoon bedoeld.

Wonen deze kinderen thuis? Ja / nee

Indien nee: waar verblijven ze dan wel: (per kind coderen)

Bij ouders uit vorig huwelijk
Bij grootouders
Bij ander familielid
Bij vrienden / kennissen
In een tehuis
In een pleeggezin
Anders …………………………………………………………….

Hoe is de huisvesting?

A) Etagewoning / beneden
B) Etagewoning/ boven
C) Flat
D) Kamer
E) Inwonend
F) Anders: …………………………………………………………….

Over hoeveel kamers beschikken zij?
Woonkamer en ………….. kamers

Is (zijn) zij / hij tevreden met de huisvesting? Ja / nee

Indien nee : Welke zijn de klachten?

A) Kwaliteit van de woning
B) Te hoge lasten
C) Buurt
D) Grootte van de woning
E) Anders: …………………………………………………………...

2. Type druggebruik / verslavingsduur

De volgende vragen betreffen de verslavingssituatie en de middelen die momenteel worden gebruikt (per druggebruikende ouder een codering):

Welke drug(s) worden gebruikt?: heroïne / cocaïne / amfetamine / weed, hasj / LSD / methadon/ barbituraten / tranquillizers / alcohol / poly-gebruik / anders …………….

Hoeveelheid: …………………….

Frequentie: …………………….

Wijze: ……………………

Duur ………………………

Stabiliteit: ……………………….

Zijn er sinds aanvang van gebruik cleane periodes geweest Ja / nee

Indien ja: A) Hoeveel keer (aantal, duur, wijze)…………………………………………….

B) Hoe is hij/ zij clean afgekickt?

Kliniek
Methadon
Zelf
Ambulante hulpverlening

3. Medische situatie / geschiedenis en zwangerschapsverloop van moeder

Zijn er lichamelijke klachten? Ja / nee

Indien ja : Welke?

Angsten	Lever / hepatitis
Hartkloppingen	Aids
Slapeloosheid	Ontstekingen
Maag/darmklachten	Anders : ……………………….………

Wie is de huisarts? Naam : ……………………………

Adres : …………………………….

…………………………….

Tel. nr : …………………………….

Zijn er reeds (psychiatrische) opnames in ziekenhuis geweest? Ja /nee

Indien ja: Wanneer : ………………………………………

Reden van opname : …………………………………………..

Zwangerschapsverloop

Heeft moeder tijdens de zwangerschap (hard)drugs gebruikt (inclusief methadon)? Ja / nee

Indien ja: Welke middelen, en hoeveelheid?

	Hoeveelheid
Methadon (onderhoudsdosis)	………………
Methadon + bijgebruik	………………
Heroïne	………………
Cocaïne	………………
Amfetamine	………………
Hash, cannabis …	………………
Alcohol	………………
Barbituraten	………………
Tranquillizer	………………
Poly-gebruik	………………
Anders	………………

Indien nee: Wanneer was moeder clean? Voor / tijdens de zwangerschap

Was er sprake van een duidelijke kinderwens bij de moeder / vader? Ja / nee

Na de bevalling

Had het kind last van afkickverschijnselen na de geboorte? Niet / beetje / ernstig / zeer ernstig

Werden er onmiddellijk na de geboorte lichamelijke afwijkingen vastgesteld? Ja / nee

Indien ja: Welke? …………………………………

4. Voorgeschiedenis en huidige pedagogische situatie van het kind

Hoe verliep de voeding meestal? Gemakkelijk / gewoon / moeilijk

Heeft het kind veel gehuild de eerste maanden? Ja / nee

Heeft het kind bepaalde kinderziektes gehad in het eerste jaar? Ja / nee
Indien ja: Welke:………………………………………………………………………………

Welke inentingen heeft het kind reeds gehad? …………………………………………….

Heeft hij / zij vanaf de geboorte steeds zelf voor hun kind gezorgd Ja /nee
Indien nee: Wie, waar en voor hoelang? ……………………………………………..
…………………………………………………

Wie heeft er regelmatige omgang met het kind?
A) Moeder alleen
B) Moeder en vader
C) Moeder en andere partner
D) Moeder en ……………

Hoe wordt de kinderopvang geregeld als moeder / vader niet aanwezig is?
A) Partner
B) Familie
C) Buren / kennissen
D) Speelzaal / crèche
E) Kleuter / lagere school
F) Broer / zus past op
G) Kind alleen
H) Anders ………………………………………..

Beschrijf de motorische ontwikkeling van het kind: ……………………………………………
……
……
……
…………………………………………………………

Beschrijf de taalontwikkeling van het kind: …………………………………………………….
……
……
……
…………………………………………………………

Beschrijf de sociale ontwikkeling van het kind: …………………………………………………
……
……
……
……

Andere belangrijke informatie omtrent het kind?

A) ADHD
B) Mentale achterstand
C) Andere …………………………………………………………..

5. Voorgeschiedenis moeder / vader en zelfbeeld

Hoe kijkt moeder / vader tegen eigen jeugd aan? Positief / neutraal / negatief

Schets de vroegere thuissituatie: ……………………………………………………………………
………
………
…………………………………………………………………………………………

Welke plaats in de kinderrij had hij / zij? …………………….

Hoe was het contact met de ouders? Goed / normaal / slecht

Waren er (ernstige) problemen in het ouderlijk gezin? Ja / nee

Indien ja:

A) Omgang met ouder(s)
B) Omgang met broer / zus
C) Schoolproblemen
D) Mishandeling
E) Gedragsproblemen (angsten, slapen, bedwateren,…)
F) Andere ……………………………………………………………

Hoe verloopt het contact momenteel met:	Ouders van moeder	Goed / matig / slecht
	Ouders van vader	Goed / matig / slecht
	Broer(s) / zus(sen)	Goed / matig / slecht

Heeft hij / zij hobbies? Ja / nee

Indien ja: welke ……………………………………………………………………………

6. Contact met hulpverleningsinstantie

Met welke hulpverleningsinstanties heeft hij / zij contact?
………
………
………
…………………………………………………………

Hoe worden deze contacten beleefd?

……………………	Goed / matig / slecht
……………………	Goed / matig / slecht
……………………	Goed / matig / slecht
……………………	Goed / matig / slecht
……………………	Goed / matig / slecht

7. Ouderschap en verslaving

Hoe kijken zij aan tegen hun eigen drugproblemen en hun opvoedingstaak?

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

Bijlage 4: Cursussen voor intermediairen

Vormingscentrum voor Opvoeding en Kinderopvang

Het VCOK werkt vanaf de jaren tachtig aan een kindvriendelijke opvoeding en een kwalitatieve kinderopvang door middel van vorming en bijscholing. Het VCOK geeft ook cursussen en lezingen aan ouders en anderen die professioneel of vrijwillig actief zijn in kinderdagverblijven, opvanggezinnen, buitenschoolse opvanggezinnen, particuliere opvanginstellingen, adoptiediensten, opvanginitiatieven voor zieke kinderen, centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning en aanverwante initiatieven op het vlak van opvoeding, opvang en begeleiding van kinderen tot 12 jaar.

Bereikbaar : Bellevue 22
9000 gent
Tel. 09-232 47 36
Fax 09-232 47 50

NDO Kind en Samenleving

NDO richt zich voornamelijk op drie grote domeinen: vormingswerk aan intermediairen m.b.t. de maatschappelijke positie van kinderen (waaronder ook het thema opvoedingsondersteuning aangeraakt worden); onderzoekswerk en belangenbehartiging van kinderen tot 12 jaar.

Bereikbaar :Nieuwelaan 63
1860 Meise
Tel. 02-269 71 81
Fax 02-269 78 72

Zorg•Saam

Er wordt vorming geboden aan zowel professionelen, als vrijwilligers en familieleden, omtrent de thema’s gezins- en ouderzorg, palliatieve zorgen en zorg voor kinderen op vraag van diensten en instellingen. Daarnaast wordt ook een ‘open aanbod’ voorgesteld vanuit diverse thema en invalshoeken. Zorg•Saam biedt ook advies, ondersteuning en begeleiding aan teams en organisaties.

Bereikbaar : Schapenstraat 34
3000 Leuven
Tel. 016-24 39 75
Fax 016-24 39 71

Vzw De Keerkring

Vzw De Keerkring is een Centrum voor opvoedingsondersteuning. Zij ontwikkelen en organiseren verschillende vormen van opvoedingsondersteuning die tegemoetkomen aan de behoeften van verschillende doelgroepen van ouders en hun kinderen. Er worden

procesgerichte ouderpraatgroepen, specifieke doelgerichte groepen, gezinsdagen en éénmalige ouderbijeenkomsten georganiseerd.

Bereikbaar : Koben Geertsstraat 5
9120 Beveren
Tel. 03-755 00 71
Fax 03-755 27 06

Steunpunt opvoedingsondersteuning

Je kan als organisator of begeleider van opvoedingsondersteuning voor ouders bij School en Gezin terecht voor:

- Informatie en advies over opvoedingsondersteuning en pedagogische preventie.
- Werkbegeleiding en vorming, zowel over specifieke inhouden als over methodieken.
- Materiaal- en programmaservice: zij hebben een concreet aanbod opvoedingsondersteuning in de vorm van themapakketten, lessenreeksen, werkboeken en video's; de mensen van Steunpunt opvoedingsondersteuning zoeken en begeleiden uitgewerkte programma's of vormingsreeksen over opvoedingsthema's.
- Om gebruik te maken van deze diensten moet men een afspraak maken. De materialen worden ontleend na afspraak en met een begeleidend gesprek.

Bereikbaar : Steunpunt opvoedingsondersteuning
Universiteitslaan 1
3500 Hasselt
Tel. 011-23 82 21/22/23
Vragen naar Annemie Wauters, Sevim Murat, Marie Soors, Nuray Bagci

Nederland

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW)

NIZW legt zich toe op het ontwikkelen van nieuwe methodieken en biedt begeleiding als instellingen nieuwe methodieken willen invoeren. Zij helpen vrijwilligers en professionals in de sector hun kennis en vaardigheden op peil te houden, door middel van boeken, brochures, almanakken, databestanden, cd-roms, websites, congressen, trainingen, video's en een informatielijn. Tot slot helpen zij talloze zorg en welzijnsorganisaties hun werkzaamheden zoveel als nodig op elkaar af te stemmen.

Bereikbaar: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
Catharijnesingel 47
3511 GC Utrecht
Tel (030) 230 64 11
E-mail: cursus@nizw.nl
Website: www.nizw.nl

Pedagogische Studiecentrum HVO

HVO verzorgt cursussen opvoedingsondersteuning op verschillende plaatsen in Nederland. Deze praktische cursussen voor professionals handelen over de communicatie tussen volwassene en kind. Ook opleidingen tot cursusleider van de oudercursus 'DOEN!' worden aangeboden. Dit alles vanuit een humanistische levensbeschouwing.

Bereikbaar: Pedagogisch Studiecentrum HVO
Zwarte Woud 2
3524 SJ Utrecht
Tel. (030) 285 68 56
Fax (030) 285 68 57
E-mail: psc@hvo.nl
Website: www.hvo.nl

Materiaal over opvoedingsondersteuning

Steunpunt opvoedingsondersteuning

Je kan als organisator of begeleider van opvoedingsondersteuning voor ouders bij Steunpunt opvoedingsondersteuning terecht voor:

- Informatie en advies over opvoedingsondersteuning en pedagogische preventie.
- Werkbegeleiding en vorming, zowel over specifieke inhouden als over methodieken.
- Materiaal- en programmaservice: zij hebben een concreet aanbod opvoedingsondersteuning in de vorm van themapakketten, lessenreeksen, werkboeken en video's; de mensen van Steunpunt opvoedingsondersteuning zoeken en begeleiden uitgewerkte programma's of vormingsreeksen over opvoedingsthema's.
- Om gebruik te maken van deze diensten moet men een afspraak maken. De materialen worden ontleend na afspraak en met een begeleidend gesprek.

Bereikbaar: Steunpunt opvoedingsondersteuning
Universiteitslaan 1
3500 Hasselt
Tel. 011-23 82 21/22/23
Vragen naar Annemie Wauters, Sevim Murat, Marie Soors, Nuray Bagy

Provinciale Materialenbank

De Provinciale Materialenbank ontleent o.m. de themakoffers van het Consortium Schoolopbouwwerkprojecten, didactisch materiaal en achtergrondinformatie omtrent opvoedingsondersteuning. Voor mensen die voor de eerste keer met themapakketten gaan werken is er een verplicht gesprek voor en na het gebruik van het materiaal met een medewerker van het Consortium Schoolopbouwwerkprojecten.

Bereikbaar: Provinciale Materialenbank
Van Daelestraat 35
2140 Borgerhout
Tel. 03-270 33 00
Fax 03-272 41 62

Di-do. van 9.00u tot 12.30u en van 13.30u tot 17.00u
Vrij. van 10.00u tot 12.30u
Voor de ontlening van de themapakketten: afspraak maken op tel. 03-270 33 20 met M. Janssens

Provinciaal Educatief Centrum (PEC)

Dit centrum is pas recent van start gegaan. Volgende vier thema's zullen uitgebouwd worden binnen het PEC: Noord-Zuidthematiek, Intercultureel Onderwijs, Taalvaardigheid Nederlands en Gezinsondersteuning.

Bereikbaar: Gemeenteplein 5
3010 Kessel-lo

Bibliotheek en documentatiedienst Kind en Gezin

In dit documentatiecentrum vindt u een uitgestelde collectie van materiaal (boeken, tijdschriften, rapporten, jaarverslagen, video's, dia's) omtrent de ontwikkeling van jonge kinderen.
Alle materialen kunnen gratis ontleend worden. De catalogus kan ook geraadpleegd worden via het internet op volgend adres: http://www.kindengezin.be

Bereikbaar : Documentatiedienst Kind en Gezin
Hallepoortlaan 27
1060 Brussel
Tel. 02-533 12 40

Vormingscentrum voor Begeleiding van het Jonge Kind

Het VBJK werkt nauw samen met de vakgroep Sociale en Vrijetijdsagogiek van de Universiteit Gent. Het VBJK maakt vormingsproducten voor al wie bij de opvang en opvoeding van kinderen tussen 0 en 12 jaar betrokken is. Daarnaast is er een documentatiedienst beschikbaar waar boeken e.a. materialen kunnen ontleend worden.

Bereikbaar :Bellevue 22
9050 Gent
Tel. 09-232 47 35
Fax 09-232 47 50

Bijlage 5: Evaluatievragenlijst

Duid aan tot welk team u behoort:
CAD hulpverlening
MSOC
Straathoekwerk
Interculturele bemiddeling

Vul hierna de initialen van de voornaam + familienaam van uw moeder in …….
En uw huisnummer ……….

Neem in gedachten de cliënten die u ziet of die u vroeger zag die als hoofdproduct heroïne gebruiken en eventueel in het methadonprogramma zitten (moet niet) EN die kinderen hebben. Alle vragen in de volgende vragenlijst gaan over deze cliënten.

DEEL 1: THEMA'S

Vraagt u bij het eerste contact met een cliënt uit de bovenaan beschreven groep systematisch naar volgende thema's?

het druggebruik	o ja	o neen
financiële situatie	o ja	o neen
werken	o ja	o neen
woonsituatie	o ja	o neen
sociale relaties	o ja	o neen
traumatische ervaringen	o ja	o neen
psychisch welbevinden	o ja	o neen
justitie	o ja	o neen
gezondheid	o ja	o neen
de vroegere gezinssituatie	o ja	o neen
de partnerrelatie	o ja	o neen
de kinderen	o ja	o neen
andere	………………………	
	………………………	
	……………………...	

Hoe vaak komen volgende thema's aan bod bij de omschreven groep?

het druggebruik
0 1 2 3 4 5 6 7 8
nooit elk contact

financiële situatie
0 1 2 3 4 5 6 7 8
nooit elk contact

werken
0 1 2 3 4 5 6 7 8
nooit elk contact

woonsituatie
0 1 2 3 4 5 6 7 8
nooit elk contact

sociale relaties
0 1 2 3 4 5 6 7 8
nooit elk contact

traumatische ervaringen
0 1 2 3 4 5 6 7 8
nooit elk contact

psychisch welbevinden
0 1 2 3 4 5 6 7 8
nooit elk contact

justitie
0 1 2 3 4 5 6 7 8
nooit elk contact

gezondheid
0 1 2 3 4 5 6 7 8
nooit elk contact

de vroegere gezinssituatie
0 1 2 3 4 5 6 7 8
nooit elk contact

de partnerrelatie
0 1 2 3 4 5 6 7 8
nooit elk contact

de kinderen
0 1 2 3 4 5 6 7 8
nooit elk contact

Hoe belangrijk vindt de omschreven groep volgende thema's?

het druggebruik
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
van geen belang zeer belangrijk

financiële situatie
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
van geen belang zeer belangrijk

werken
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
van geen belang zeer belangrijk

woonsituatie
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
van geen belang zeer belangrijk

sociale relaties
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
van geen belang zeer belangrijk

traumatische ervaringen
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
van geen belang zeer belangrijk

psychisch welbevinden
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
van geen belang zeer belangrijk

justitie
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
van geen belang zeer belangrijk

gezondheid
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
van geen belang zeer belangrijk

de vroegere gezinssituatie
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
van geen belang zeer belangrijk

de partnerrelatie
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
van geen belang zeer belangrijk

de kinderen
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
van geen belang zeer belangrijk

Hoe belangrijk vindt u volgende thema's bij de omschreven groep?

het druggebruik
0 1 2 3 4 5 6 7 8
van geen belang zeer belangrijk

financiële situatie
0 1 2 3 4 5 6 7 8
van geen belang zeer belangrijk

werken
0 1 2 3 4 5 6 7 8
van geen belang zeer belangrijk

woonsituatie
0 1 2 3 4 5 6 7 8
van geen belang zeer belangrijk

sociale relaties
0 1 2 3 4 5 6 7 8
van geen belang zeer belangrijk

traumatische ervaringen
0 1 2 3 4 5 6 7 8
van geen belang zeer belangrijk

psychisch welbevinden
0 1 2 3 4 5 6 7 8
van geen belang zeer belangrijk

justitie
0 1 2 3 4 5 6 7 8
van geen belang zeer belangrijk

gezondheid
0 1 2 3 4 5 6 7 8
van geen belang zeer belangrijk

de vroegere gezinssituatie
0 1 2 3 4 5 6 7 8
van geen belang zeer belangrijk

de partnerrelatie
0 1 2 3 4 5 6 7 8
van geen belang zeer belangrijk

de kinderen
0 1 2 3 4 5 6 7 8
van geen belang zeer belangrijk

In welke mate hebben cliënten behorende tot de omschreven groep weerstand om over volgende thema's te spreken?

het druggebruik
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen zeer veel

financiële situatie
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen zeer veel

werken
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen zeer veel

woonsituatie
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen zeer veel

sociale relaties
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen zeer veel

traumatische ervaringen
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen zeer veel

psychisch welbevinden
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen zeer veel

justitie
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen zeer veel

gezondheid
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen zeer veel

de vroegere gezinssituatie
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen zeer veel

de partnerrelatie
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen zeer veel

de kinderen
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen zeer veel

DEEL 2: OPVOEDING

Stel dat een "doorsneegezin" op elk van de volgende items 4 scoort. Waar plaats je dan het "doorsnee-gezin met drugverslaafde ouders" (enkel heroïne of methadoncliënten)?

Hoeveel aandacht geven de ouders aan de ontwikkeling van het kind op

cognitief vlak (intelligentie - schools leren)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen doorsneegezin zeer veel

emotioneel vlak
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen doorsneegezin zeer veel

conatief vlak
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen doorsneegezin zeer veel

In welke mate doen verslaafde (heroïne / methadon) ouders volgende zaken voor hun kinderen?

Aandacht schenken (aanwezig zijn, belangstelling tonen, fysiek contact bieden)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen doorsneegezin zeer veel

Kinderen helpen (informatie geven, structureren, gevarieerde situaties bieden, suggereren)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen doorsneegezin zeer veel

Grenzen stellen (aangeven van grenzen, afspraken maken, opleggen van grenzen)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen doorsneegezin zeer veel

Sanctioneren (belonen, straffen, negeren)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen doorsneegezin zeer veel

Stel dat een "doorsneegezin" op elk van de volgende items 4 scoort. Waar plaats je dan het "doorsneegezin met drugverslaafde ouders" (enkel heroïne of methadoncliënten)?

In welke mate scoren verslaafde (heroïne / methadon) ouders op volgende zaken?

Opnemen van de verantwoordelijkheid voor de opvoeding
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen doorsneegezin zeer veel

Beschikbaar zijn voor de opvoeding
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen doorsneegezin zeer veel

Inzicht hebben in de ontwikkeling van kinderen
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen doorsneegezin zeer veel

Emotioneel betrokken zijn op de kinderen
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen doorsneegezin zeer veel

Beschikken over vaardigheden om kinderen op te voeden
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen doorsneegezin zeer veel

Beschikken over een visie op opvoeding
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen doorsneegezin zeer veel

De plaats van de opvoeding naast andere functies
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
geen doorsneegezin zeer veel

De beleving van de opvoeding?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 o geen idee
negatief doorsneegezin positief

In hoeverre vindt u het uw taak om te werken aan volgende thema's bij verslaafde ouders (enkel heroïne of methadoncliënten)?

Zorgen dat ouders

hun kinderen adequaat aandacht schenken (aanwezig zijn, belangstelling tonen, fysiek contact)
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet mijn taak helemaal mijn taak

hun kinderen adequaat helpen (informeren, structureren, gevarieerde situaties bieden, suggereren)
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet mijn taak helemaal mijn taak

adequaat grenzen stellen (aangeven van grenzen, afspraken maken, opleggen van grenzen)
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet mijn taak helemaal mijn taak

adequaat sanctioneren (belonen, straffen, negeren)
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet mijn taak helemaal mijn taak

de verantwoordelijkheid voor de opvoeding opnemen
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet mijn taak helemaal mijn taak

adequaat beschikbaar zijn voor de opvoeding
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet mijn taak helemaal mijn taak

inzicht hebben in de ontwikkeling van kinderen
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet mijn taak helemaal mijn taak

emotioneel betrokken zijn op de kinderen
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet mijn taak helemaal mijn taak

beschikken over adequate vaardigheden om kinderen op te voeden
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet mijn taak helemaal mijn taak

beschikken over een visie op opvoeding
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet mijn taak helemaal mijn taak

plaats geven aan de opvoeding naast andere functies
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet mijn taak helemaal mijn taak

de opvoeding positief beleven
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet mijn taak helemaal mijn taak

In hoeverre vindt u zichzelf bekwaam om te werken aan volgende thema's bij verslaafde ouders (enkel heroïne of methadoncliënten)?

Zorgen dat ouders voldoende aandacht geven aan de ontwikkeling van het kind op

cognitief vlak (intelligentie - schools leren)
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet bekwaam deskundig

emotioneel vlak
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet bekwaam deskundig

conatief vlak
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet bekwaam deskundig

In hoeverre vindt u zichzelf bekwaam om te werken aan volgende thema's bij verslaafde ouders (enkel heroïne / methadon)?

Zorgen dat ouders

hun kinderen adequaat aandacht schenken (aanwezig zijn, belangstelling tonen, fysiek contact)
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet bekwaam deskundig

hun kinderen adequaat helpen (informeren, structureren, gevarieerde situaties bieden, suggereren)
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet bekwaam deskundig

adequaat grenzen stellen (aangeven van grenzen, afspraken maken, opleggen van grenzen)
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet bekwaam deskundig

adequaat sanctioneren (belonen, straffen, negeren)
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet bekwaam deskundig

de verantwoordelijkheid voor de opvoeding opnemen
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet bekwaam deskundig

adequaat beschikbaar zijn voor de opvoeding
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet bekwaam deskundig

inzicht hebben in de ontwikkeling van kinderen
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet bekwaam deskundig

emotioneel betrokken zijn op de kinderen
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet bekwaam deskundig

beschikken over adequate vaardigheden om kinderen op te voeden
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet bekwaam deskundig

beschikken over een visie op opvoeding
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet bekwaam deskundig

plaats geven aan de opvoeding naast andere functies
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet bekwaam deskundig

de opvoeding positief beleven
0 1 2 3 4 5 6 7 8
niet bekwaam deskundig

DEEL 3: STELLINGEN

In welke mate gaat u akkoord met onderstaande stellingen?

Het is in het belang van het kind, dat kinderen opgevoed worden door hun ouders, ook als de ouders verslaafd zijn aan heroïne.
-2 -1 0 +1 +2
helemaal niet akkoord helemaal akkoord

Ouders die verslaafd zijn aan heroïne, zijn vaak zo druk bezig met hun gebruik dat er te weinig aandacht voor de kinderen overblijft.
-2 -1 0 +1 +2
helemaal niet akkoord helemaal akkoord

In gezinnen waar er een niet-verslaafde ouder is, is het aangewezen dat deze ouder de opvoedingsverantwoordelijkheid draagt.
-2 -1 0 +1 +2
helemaal niet akkoord helemaal akkoord

Ouders die aan heroïne verslaafd zijn, kunnen hun kinderen evengoed opvoeden als niet-verslaafde ouders.
-2 -1 0 +1 +2
helemaal niet akkoord helemaal akkoord

Bij ouders die aan heroïne verslaafd zijn, is de kans zo groot dat de opvoeding misloopt, dat het aangewezen is reeds voor er problemen zijn een begeleiding te starten.
-2 -1 0 +1 +2
helemaal niet akkoord helemaal akkoord

Niet-categoriale hulpverleningsinstanties gaan veel te snel over tot plaatsing van de kinderen van aan heroïne verslaafde ouders.
-2 -1 0 +1 +2
helemaal niet akkoord helemaal akkoord

Het is niet de taak van een hulpverleningscentrum zoals het CAD/MSOC om te werken in het belang van de kinderen van aan heroïne verslaafde cliënten.
-2 -1 0 +1 +2
helemaal niet akkoord helemaal akkoord

Ouders die aan heroïne verslaafd zijn, geven de opvoeding snel uit handen.
-2 -1 0 +1 +2
helemaal niet akkoord helemaal akkoord

Ook als heroïneverslaafde ouders niet verslaafd zouden zijn, zouden er problemen zijn in de opvoeding. Het druggebruik en de moeilijke opvoeding zijn gevolgen van dezelfde oorzaak.
-2 -1 0 +1 +2
helemaal niet akkoord helemaal akkoord

De heroïneverslaving van één ouder is zo bepalend voor de opvoeding van de kinderen, dat kinderen hierdoor getekend zijn.
-2 -1 0 +1 +2
helemaal niet akkoord helemaal akkoord

OPMERKINGEN:

……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………

Literatuurlijst

Broos, D & Groenewegen, I, Thuisbegeleiding binnen de bijzondere jeugdzorg. 1993, Leuven: Universitaire Thuisbegeleidingsdienst.

De Coole, R L & Jansma, J B M, De gezinsklimaatschaal. Handleiding. Lisse, Swetz & Zeitlinger, 1983.

Dekking, Y M, SAS-K. Sociale angstschaal voor kinderen. Lisse, Swets en Zeitlinger, 1983.

Delvaux, T, Het ecologisch observatie-instrument van R.G. Wahler, A.E. House, en E.E. Stambough. Descriptie en vraag naar bruikbaarheid in het kader van de gezinsgerichte orthopedagogische hulpverleningsvorm voor opvoedingsproblemen. Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, 1985.

Derluyn, I, Vanderplasschen, W & Broeckaert, E, Drugverslaafden met jonge kinderen. Een exploratief onderzoek naar modellen en opvoedingsondersteunende methodieken bij de hulpverlening aan drugverslaafde ouders met jonge kinderen. 2000, VAD.

De Wit, C A M, Depressievragenlijst voor kinderen. Korte depressievragenlijst voor kinderen (DVK en KDVK). Leuven, Acco, 1987.

Ghesquière, P, Multiproblemgezinnen. Problematische hulpverleningsrelaties in perspectief. 1993, Leuven: Garant.

Groenendaal, H & Dekovic, M, Risicofactoren voor kwaliteit van opvoeding. Op http://roquade.library.uu.nl/ped/pw.cgi

Groeneweg, B & Lechner-van de Noort, M, Kinderen van drugverslaafde ouders: opvoeding en ontwikkeling. Delft: Eburon, 1988.

Hellinckx, W, Gezinsgerichte pedagogische hulpverlening met betrekking tot gedragsstoornissen. S.d., Leuven: Afdeling Orthopedagogiek.

Jansma, J B M, De gezinsklimaatschaal. – In: Schoorl P M, De Vries, A K & Wijnekus, M C (Eds) Gezinsonderzoek. Methoden in de gezinsdiagnostiek. Nijmegen, Dekker & Van de Vegt, 1988, pp.137-155.

Klaver, A. & Leseman, P, Opvoedingsondersteuning uit de kinderschoenen. De experimenten Opvoedingsondersteuning na twee jaar. Amsterdam/Den Haag: SCO Kohnstamm Instituut/ B & A Groep Beleidsonderzoek & Advies, 1996.

Kok, J F W, Specifiek opvoeden in gezin en school, dagcentrum en internaat. Gedragsproblemen in orthopedagogisch perspectief. Leuven - Amersfoort: Acco, 1984.

Kousemaker, N P J, Onderkenning van psychosociale problematiek bij jonge kinderen. 1997, Assen: Van Gorcum.

Robbroeckx, L M H & Wels, P M A, De Nijmeegse vragenlijst voor de opvoedingssituatie. Het begrip gezinsbelasting en de ontwikkeling van de NVOS ten behoeve van de klinische praktijk.

In: Schoorl P M, De Vries, A K & Wijnekus, C M (Eds) Gezinsonderzoek. Methoden in de gezinsdiagnostiek. Nijmegen, Dekker & Van de Vegt, 1988, pp.195-217.

Swinnen, K, Over de identiteit van de orthopedagogiek. Leuven, Acco, 1985.

Van Crombrugge, H & Vandemeulebroecke, L, Pleidooi voor een wetenschappelijk verantwoorde oudervorming. Uit: De Gids op Maatschappelijk gebied, 1988 (79) 12, pp.887-897.

Vandemeulebroecke, L & Colpin, H, Preventie van opvoedings- en gedragsproblemen door opvoedingsondersteuning met bijzondere aandacht voor Kind & Gezin. In: De Fever, Hellinckx & Grietens, Handboek Jeugdhulpverlening, een orthopedagogisch perspectief. 2001, Leuven: Acco, pp. 283-303.

Vandenbempt, K, Casemanagement : «de nieuwe kleren van de keizer»? Cliëntoverleg tussen systeemoplossing en zorginhoudelijke ontwikkeling : een literatuurstudie. 2001a, Leuven: Hoger Instituut voor de Arbeid.

Vandenbempt, K, Op eigen kracht verder. Hulpverlening aan huis bij kansarmen. 2001b, Leuven: Hoger Instituut voor de Arbeid.

Van Epen, J, Drugsverslaving en alcoholisme. Kennis en achtergronden. 1997, Houten – Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Vanhee, L, Laporte, K & Corveleyn, J, Kansarmoede en opvoeding: wat de ouders erover denken. Mogelijkheden en moeilijkheden in het opvoedingsproces bij kansarme gezinnen. 2001, Leuven: Garant.

Voets, J & Michielsen, L, Oudertraining samen maar niet alleen. Niet gepubliceerde tekst, 2000.